TRATTATO DI CHIRURGIA

Volume Settimo, Parte Prima

TRATTATO
DI
CHIRURGIA

PUBBLICATO SOTTO LA DIREZIONE
DI

SIMONE DUPLAY
Professore di Clinica Chirurgica
alla Facoltà di Medicina di Parigi
Membro dell'Accademia di Medicina
Chirurgo dell'Ospedale della Carità

PAOLO RECLUS
Professore aggregato alla Facoltà di Medicina
di Parigi
Chirurgo degli Ospedali
Membro della Società di Chirurgia

DAI PROFESSORI DOTTORI
BERGER — BROCA — DELBET — DELENS — FORGUE — GÉRARD-MARCHANT
HARTMANN — HEYDENREICH — JALAGUIER — KIRMISSON — LAGRANGE — LEJARS
MICHAUX — NÉLATON — PEYROT — PONCET — POTHERAT — QUÉNU
RICARD — SEGOND — TUFFIER — WALTHER

TRADUZIONE ITALIANA
Riveduta dal Dr FILIPPO GIACOMO NOVARO
Professore e Direttore della Clinica Chirurgica nella R. Università di Bologna
Colla collaborazione del Dr DAVIDE GIORDANO
Primo Assistente alla Clinica Chirurgica di Bologna

ARRICCHITA DI AGGIUNTE E ANNOTAZIONI ITALIANE
a cura di distinti Dottori e Professori

Illustrato con 2000 figure nel testo.

VOLUME SETTIMO
(PARTE PRIMA)

RETTO ED ANO

MESENTERE, PANCREAS, MILZA — FEGATO — BACINO

(Traduzione del Dr L. Ferria)

TORINO
UNIONE TIPOGRAFICO-EDITRICE
33 — Via Carlo Alberto — 33
1894

INDICE DELLE MATERIE

contenute nel Volume VII, Parte prima

PARTE TERZA

MALATTIE DELLE REGIONI

(*Continuazione*)

RETTO ED ANO

(Potherat).

MESENTERIO, PANCREAS, MILZA

(Quénu).

FEGATO

(P. Second).

BACINO

(C. Walther).

PARTE TERZA

MALATTIE DELLE REGIONI

(Continuazione)

RETTO ED ANO

per il Dott. POTHERAT

CHIRURGO DEGLI OSPEDALI

Traduzione del Dott. L. FERRIA

Alcune delle malattie del retto sono di natura puramente medica, e costituiscono il minor numero. Alcune altre, quantunque di natura medica, spettano al chirurgo per le loro complicazioni immediate o secondarie. La maggior parte appartengono intieramente alla chirurgia. Sono sopratutto queste affezioni di natura esclusivamente chirurgica che noi qui studieremo, esaminandole sotto tutti i punti di vista, particolarmente sotto quello della clinica e dell'intervento operatorio.

Noi studieremo successivamente:

I traumatismi del retto;

Le malattie infiammatorie;

Le lesioni organiche e vitali.

CAPITOLO I.

AFFEZIONI TRAUMATICHE

I.

FERITE

BRODIE, *London med. and phys. Journ.*, 1827. — CHRISTOL, Drainage dans les plaies par armes de guerre; *Lyon méd.*, 1871, pag. 17. — DUPUYTREN, *Clin. chirurg.*, 1832. — FOLLIN et DUPLAY, *Pathol. ext.*, t. VI, pag. 373. — D. MOLLIÈRE, Traité des maladies du rectum, 1877. — FRANK, *Gaz. méd.*, 1876. — GOSSELIN et DUBAR, art. RECTUM del *Dict. encycl. des sciences méd.* — TRÉLAT et DELENS, art. RECTUM del *Dict. de Méd. et de Chir. pratiques.*

Considerazioni generali ed eziologia. — Le ferite del retto, considerate isolatamente od estese al retto ed all'ano, sono di due specie. Le une sono *volute*, le altre sono *accidentali*. Tutte le ferite fatte dal chirurgo appartengono alla prima specie; le cauterizzazioni, le sezioni nella rettotomia lineare posteriore, le lesioni parziali della rettopessia, ecc., entrano in questo gruppo; noi le lascieremo da parte, bastando averle citate. Le ferite *accidentali* sole meritano che vi ci tratteniamo.

Tutti gli autori concordano nel riconoscere che le ferite del retto sono rare, e per ispiegare questa rarità notano con ragione la situazione profonda di questo tratto del tubo digerente, nascosto nell'escavazione del bacino che lo protegge

contro gli agenti vulneranti. Però questa protezione dovuta alla cintura pelvica non è efficace se non quando il bacino è intatto. Se esso viene fratturato nelle sue porzioni iliaca e sacro-coccigea, i frammenti possono col loro contatto o col loro spostamento lacerare o perforare il retto. E questa è una delle sorgenti delle gravi complicazioni che si osservano troppo soventi nelle fratture del bacino. Per sè sola la ferita del retto può cagionare la morte, per emorragia e sopra tutto per penetrazione delle materie fecali o dei gas nella cavità peritoneale.

Dal punto di vista dell'eziologia, divideremo le ferite del retto in due gruppi, secondochè vengono dall'*esterno* o dall'*interno*. Come tutte le altre lesioni, secondo la natura dell'agente vulnerante, esse comprendono le tre qualità classiche: ferite da strumenti taglienti, ferite da strumenti da punta, ferite da strumenti contundenti.

Le ferite da *armi da taglio,* all'infuori dell'intervento chirurgico, sono affatto rare ed eccezionali. Senza dubbio, si è visto la caduta su pezzi di bottiglia, di vasi di terra cotta, di maiolica, di porcellana, determinare delle sezioni nette della regione anale.

Ma, per quanto siano profonde queste ferite, esse non arrivano al retto propriamente parlando. All'epoca in cui il taglio perineale era molto in onore, non era raro il caso di vedere incisa la parete anteriore dell'ampolla accidentalmente ed anche da chirurghi esperimentati, per una piccola estensione, fatto d'altronde ordinariamente abbastanza benigno (D. Mollière). Si potrebbero ancora annoverare fra le ferite a bordi netti, quelle determinate dalla sezione delle cucchiaia del forcipe; io ho avuto occasione di osservare una divisione verticale della parete retto-vaginale che doveva a ciò la sua causa: la sutura immediata portò a guarigione senza complicazioni.

Infine si son riferiti esempi di sezione del retto assieme al perineo per colpi di coltello diretti dal basso all'alto.

Le ferite *con istrumenti da punta* sono assai più frequenti; esse risultano da due generi di cause: 1° da manovre grossolane; 2° da accidenti fortuiti.

Fra le prime, annoveriamo le perforazioni del retto prodotte dalla cannula da irrigazione. Queste ferite erano molto frequenti altre volte allorchè i clisteri erano somministrati dagli infermieri, con tubi metallici ad estremità aguzza. Per dare un'idea di questa frequenza, basta dire che Velpeau ne riferisce 8 casi, Esmarch 6, Passavant 5 e Chomel 2; Nélaton, Chassaignac, ne hanno egualmente riferiti esempi, e il Museo del *Guy's hospital* contiene dei preparati molto dimostrativi a tale proposito. Il guasto, in tali circostanze, risulta dalla natura del tubo come dalla sua forma, e dalla brutalità dell'infermiere ed anche dalla sua ignoranza delle curvature del retto. L'apice dell'angolo formato dalla seconda e dalla terza porzione è sede comune di queste lesioni. Ancorchè molto meno dannose, le cannule ad estremità olivare, sopra tutto se sono resistenti, possono produrre simili lacerazioni, in modo particolare se vi è alterazione delle pareti del retto. Ne esistono nella scienza degli esempi, particolarmente un preparato al Museo del *Saint-Bartholomew's hospital.* È ancora a manovre sgarbate e violente, assai meno scusabili perchè dovute a mani soventi autorizzate, che bisogna attribuire le ferite del retto risultanti da false strade nel cateterismo uretrale.

Queste ferite possono o guarire spontaneamente o divenire l'origine di fistole uretro-rettali; in ogni caso, sono molto meno gravi di quelle prodotte per la via del retto.

Finalmente questo genere di ferite può essere prodotto accidentalmente nelle cadute in cui il sedere viene ad impalarsi in certo modo su di un agente vulnerante terminato a punta. Si potrebbe, senza citare i fatti di Gross, Esmarch, Camper, ecc., trovare negli annali di medicina una quantità di casi in cui il retto è stato ferito per una caduta su di una punta metallica, di una scheggia di legno, di un dente di forca, sull'estremità d'un palo, ecc. Nella maggior parte di questi casi, i guasti sono considerevoli, vi ha lesione del retto, delle vie orinarie, perfino dell'intestino tenue. Dubar cita, nel *Dictionnaire de mèdecine et chirurgie,* un caso di questa natura in una donna che, caduta su di un cancello, ebbe la vagina ed il retto perforati. Nel caso riferito da Ahston, si trattava d'un colpo di corna d'una vacca; ne seguì la morte.

Le ferite da *strumenti contundenti* sono anche relativamente frequenti, ma non si osservano che nei traumatismi complessi ed assai gravi. Esse risultano, infatti, sia da fratture multiple del bacino, veri tritamenti accompagnati da lesioni della maggior parte degli organi del bacino, sia da proiettili di guerra, che grazie alla loro forza di penetrazione e alle scheggie ossee che trascinano, di rado ledono il retto soltanto. Tuttavia lo scheletro può non essere stato leso dal proiettile; tale è il caso di Dupuytren, dove un ferito del 1830 ebbe il retto e la vescica perforati da una palla venuta dal basso all'alto; tale ancora il caso d'un ferito alla battaglia di Talant, curato da Christot, la cui osservazione è riportata ampiamente nel trattato di D. Mollière. Riferiamo, a titolo di cenno soltanto, che Otis, nella statistica della guerra di Secessione, riferisce 309 casi di ferite del retto. Le rotture del retto dovute all'introduzione di strumenti troppo voluminosi, dello speculum per dilatazione, della mano (Simon), possono entrare in questa categoria di ferite da strumenti contundenti.

In tutte le varietà d'origine delle ferite del retto che noi abbiamo passate in rivista, non si tratta che di lesioni prodotte dall'infuori all'indentro. Ma esistono anche delle ferite dall'indentro all'infuori.

Le une hanno un meccanismo semplicissimo, quali per esempio le piccole lacerazioni prodotte da corpi stranieri dell'alimentazione, od accidentali, più o meno profonde e attraversanti il retto; quali ancora le grandi lacerazioni del setto retto-vaginale prodotte talvolta dal passaggio di un bolo fecale troppo voluminoso e troppo resistente (H. Mayo), più sovente dal passaggio della testa del feto che forza il massimo di distendibilità della parete.

Le altre, il cui meccanismo è più difficilmente comprensibile, sono però delle rarità. Si potrebbe dare a queste ferite il nome di *lacerazioni spontanee* per dimostrare che la causa che le ha prodotte non è manifesta. È così che Brodie ha osservata una rottura del retto la quale si sarebbe prodotta durante sforzi di vomito. L'intestino non presentava alcuna alterazione di rilievo, e tuttavia la lacerazione fu abbastanza estesa da permettere il passaggio di due anse di intestino tenue col loro peduncolo mesenterico. Altri fatti analoghi furono citati da Ahston, Stein, Nedhom ed Adelman. Il meccanismo è ancora ben più difficile a capire quando si tratta di fatti come quello indicato da Frank, in cui la lacerazione del retto era stata prodotta da una contusione dell'addome.

Anatomia Patologica. — *Sede.* — È per lo più nella terza porzione del retto che si osservano le lesioni, e la parete anteriore è quella più sovente colpita. Tuttavia le ferite risultanti da fratture del bacino, da proiettili, come pure da strumenti pungenti, possono aver sede molto più in alto ed in tesi generale in un punto qualunque del retto.

Forma ed estensione della ferita. — Talora netta, lineare, più sovente irregolare, frastagliata, più o meno rotonda, essa è, nel senso della lunghezza o del lume dell'intestino, d'una estensione variabilissima ed in rapporto diretto colle dimensioni, colla direzione e col modo d'azione dell'agente vulnerante. Nel senso dello spessore, è pure variabilissima; il retto può essere *parzialmente* o *totalmente* leso, e si comprende l'importanza ben differente d'una lesione che interessi la sola mucosa, sia pure la mucosa e la tonaca muscolare, ed una lesione interessante tutte le tonache del retto. Questa, secondo la sua sede, potrà interessare la sierosa peritoneale o rispettarla.

Lesioni concomitanti. — Il retto può finalmente essere leso isolatamente o insieme alle ossa del bacino, sacro, coccige, osso iliaco, cintura pelvica, colle arterie dell'escavazione, cogli organi orinari e genitali, vagina, utero, vescicole spermatiche, prostata, uretra, vescica, ecc.

Sintomatologia. — I sintomi delle ferite del retto possono essere divisi in sintomi *funzionali* e sintomi *fisici*. Le funzioni del retto, la sua ricca vascolarizzazione, i suoi rapporti anatomici, ci dànno ragione di questi diversi sintomi. Questi sintomi sono d'altronde variabili secondo che solo il retto è ferito, o vi ha nello stesso tempo lesione del peritoneo, la cui cavità comunichi coll'intestino, o lesione di altri organi del bacino. In questo caso di lesioni complesse, la morte può sopraggiungere molto rapidamente, in un giorno, dopo alcune ore, anche prima che si abbia il tempo di cercare se esista una lesione del retto.

Ma se la lesione è più semplice, essa si manifesterà con un *dolore locale* più o meno vivo, continuo, ma esacerbato dalla minzione e sopra tutto dalla defecazione; con frequenti stimoli a defecare, dovuti alla presenza di sangue nel retto ed il cui risultato è l'evacuazione di questo sangue più o meno alterato, contenente qualche volta delle lacinie di membrane. Coll'ispezione si potrà constatare l'*uscita di sangue* sia continua dall'ano, sia intermittente per mezzo della defecazione; il sangue, rosso nel primo caso, è più o meno alterato nel secondo. L'*esplorazione rettale*, fatta con le più grandi precauzioni, potrà condurre alla soluzione di continuità, che si potrà eccezionalmente vedere coll'aiuto dello *speculum ani*, adoperato con estrema prudenza.

Decorso ed esiti. — Talora l'andamento è semplicissimo. Dopo i sintomi funzionali immediati che abbiamo indicati, si osservano per alcuni giorni dei fenomeni di rettite, dolori, premiti frequenti, tenesmo, emissione di materie sanguinolente, muco-purulente; poi a poco a poco i fenomeni di rettite si attenuano, scompaiono e tutto rientra nella calma.

Ciò è quanto avviene nelle piccole lacerazioni del retto, parziali o totali, ma *situate in basso;* è ciò che si osserva il più delle volte nei casi di false strade uretrali che hanno leso il retto, salvo il caso in cui si stabilisca una fistola orinosa. Ma non bisogna credere che le cose vadano sempre così.

Senza ricordare quei casi di lesioni multiple dove la morte avviene in una, in poche ore, ventiquattr'ore al più, vi è un buon numero di casi in cui le cose, dopo essersi mostrate abbastanza semplici sul principio, furono *rapidamente*, *secondariamente* o *tardivamente* aggravate da qualche complicazione.

Complicazioni. — Esse sono frequenti, multiple, gravi. Le une sono comuni: *emorragia, peritonite, infiammazione;* le altre più rare: infiltrazioni *stercoracee* e *gasose,* uscita delle intestina, ecc. L'*emorragia,* invece di essere limitata alla piccola emissione di sangue che abbiamo citato più sopra, può, allorchè un vaso importante, arteria o vena, è stato leso, essere considerevole e mettere immediatamente o in pochissimo tempo l'esistenza in pericolo. Ippocrate ha esagerato dicendo che si poteva tagliare, escidere, incidere, corrodere l'ano senza timore, e che non vi era a paventare alcuna emorragia; ma la sua proposizione sarebbe stata addirittura eccessiva s'egli l'avesse estesa al retto, ed il chirurgo che opera su questa porzione dell'intestino sa abbastanza bene che può interessare dei vasi importanti e che bisogna tenerne calcolo.

L'emorragia non si manifesta sempre con uno scolo di sangue all'esterno. Il sangue può accumularsi in grande quantità nell'ampolla rettale: si vede che tutto il corpo del ferito diventa pallido; le estremità si raffreddano; e sopravvengono deliquii, sincopi ed anche la morte. Talora questa emorragia succede *immediatamente* alla ferita che ha aperto di netto un vaso importante; in altri casi, si fa *secondariamente,* pel distacco di lacinie da una ferita contusa, e non è meno grave e suscettibile di portare a morte.

La *peritonite* è pure *immediata* o *secondaria.* Essa è immediata quando, essendo stata la sierosa interessata, il retto versa il suo contenuto nella cavità peritoneale. Assume allora un'evoluzione acutissima, il cui andamento ha rapidità quasi fulminea. Ma essa può sopravvenire consecutivamente, per l'estensione alla sierosa di fenomeni infiammatori delle vicinanze; in questo caso, secondo l'intensità, essa può essere acuta, generalizzata e condurre a morte, od anche sub-acuta, localizzata e permettere di sopravvivere e di guarire. Nel caso di perforazione del cul-di-sacco peritoneale, vescico-rettale o retto-uterino mediante una cannula, la peritonite può essere dovuta all'iniezione nella cavità del liquido del clistere; in questo caso, dalla natura e dalla quantità del liquido iniettato dipenderanno la rapidità e l'intensità della peritonite.

I *fenomeni infiammatori* sono frequenti nei casi di ferite un po' importanti del retto. Talora essi sono limitati alla periferia del retto con o senza propagazione alle fosse ischio-rettali: in questo caso si osserva un flemmone perirettale, che termina quasi sempre colla suppurazione. Questa comparirà all'esterno per mezzo di tragitti fistolosi persistenti se non si interviene a tempo debito con opportuna cura. Consecutivamente, si possono osservare, oltre le fistole, degli indurimenti, che restringono il calibro del retto. In alcuni casi, i fenomeni infiammatori possono condurre alla *gangrena parziale* od estesa dell'ano e del retto.

Talora i fenomeni infiammatori sono diffusi, si estendono al tessuto cellulare dell'escavazione e dànno luogo a quel processo patologico che si è designato col nome di *cellulite pelvica,* sulla gravità della quale non abbiamo bisogno d'insistere.

La dilatabilità del retto, le contrazioni dell'intestino e delle pareti addominali al disopra, la resistenza dello sfintere al disotto, dànno ragione delle due complicazioni, gravi sebbene rare, che si possono osservare nel caso di rottura del retto; vale a dire l'*infiltrazione stercoracea* e l'*infiltrazione gasosa.* Le materie ed i gas accumulati nell'ampolla e compressi fra queste due forze agenti in senso inverso, trovando avanti a sè una via, fanno irruzione nel perineo e nel tessuto cellulare del bacino.

Nell'*infiltrazione stercoracea,* le materie fecali penetrano nel tessuto come l'orina nell'infiltrazione orinosa. Rapidamente si osservano dei sintomi di flemmone gangrenoso di estrema gravità contro i quali il chirurgo non si trova disarmato in modo assoluto.

L'*infiltrazione gasosa* si fa ordinariamente nella fossa ischio-rettale e può limitarvisi. Ma essa può estendersi molto più lontano verso la natica, nella parete anteriore dell'addome ed anche nelle pareti del torace (*Lancet,* 1860). Essa si manifesta per mezzo di un'*enfisema* (fine crepitazione alla pressione). Prima che questi gas si siano riassorbiti, determinano la morte per setticemia, ciò che si comprende facilmente data la loro origine.

L'*uscita dell'intestino* dalla ferita è un fatto raro, ma quasi sempre mortale; essa suppone una ferita larga interessante il peritoneo: Adelmann, Stein e Nedham l'hanno osservata, e solo Nedham ha potuto guarire il suo ferito. Noi abbiamo citato più sopra il caso di Brodie, nel quale vi fu uscita di quasi 2 metri d'intestino.

Questa grave complicazione si osserva specialmente in quelle che abbiamo chiamate *rotture spontanee.*

Quanto alle altre complicazioni che risultano da lesioni concomitanti di organi del bacino, vescica, uretra, grossi vasi, le lascieremo da parte. In tal caso, la ferita del retto passa in seconda linea in mezzo ai sintomi rapidamente mortali di questi gravi traumatismi. Solo le lacerazioni della vagina possono guarire abbastanza facilmente ed abbastanza semplicemente. Al passaggio per la vagina di massima o di piccolissima parte delle materie intestinali, può seguire cicatrizzazione perfetta, o la formazione d'una fistola che non lascia passare che gas; ma è ben raro tal caso, fuorchè nel parto, in cui la lesione è abbastanza semplice per non avere interessato che la vagina ed il retto.

Prognosi. — Quanto abbiamo detto sull'andamento e sulle complicazioni delle ferite del retto, ci permette di farne facilmente la prognosi. Tutte le ferite del retto, in vario grado, sono gravi. Tutt'al più le smagliature della mucosa sono suscettibili di guarire senza inconvenienti, ma espongono anche alle infiammazioni perirettali. Tutte le altre ferite, anche le punture, sono capaci di condurre a morte per le gravi complicazioni con cui si accompagnano il più delle volte, immediatamente o secondariamente.

D'altronde, date le stesse condizioni, le ferite contuse e le rotture sono più gravi delle punture e delle ferite con istrumenti taglienti, le ferite della parte inferiore sono meno gravi di quelle della parte superiore; l'integrità o la lesione del peritoneo fanno considerevolmente variare la prognosi. Diciamo però, onde attenuare alcun poco questa gravità del pronostico, che alcune lesioni a tutta

prima considerevoli possono finire felicemente anche dopo essere passate per complicazioni infiammatorie e suppurative. Così fu del malato di Dieffenbach, di cui parla Trélat, e che guarì con una perforazione dell'ampolla e con un ascesso sviluppato nella concavità del sacro: grazie ad un largo sfacelo della parete rettale, le materie passavano nella concavità del sacro. Sui 309 casi raccolti da Otis, vi fu una mortalità di 42,7 per 100; dunque più della metà dei feriti guarirono, benchè si trattasse di ferite di proiettili, vale a dire di ferite ordinariamente gravissime. Secondo Chenu, la mortalità nella guerra d'Italia fu minore ancora, poichè egli la valuta a 32 per 100.

Diagnosi. — La diagnosi tocca parecchi punti. Il chirurgo deve domandarsi se vi ha ferita del retto, ove ha sede questa ferita, quale ne è l'estensione, se vi sono dei vasi feriti; infine egli deve ricercare le complicazioni per combatterle.

In alcuni casi, allorchè i fenomeni saranno poco spiccati, si resterà in sospeso; tuttavia, per poco che vi sia un dolore localizzato, uscita di sangue nella defecazione, e dei dati anamnestici che possano far ammettere una ferita, se ne dovrà supporre l'esistenza; ed è allora che coll'aiuto dell'esplorazione rettale, coll'uso dello speculum, si esaminerà l'interno del retto per trovare la soluzione di continuo. Non ripeteremo le precauzioni da prendersi per fare questo esame.

Ma per poco che i fenomeni siano visibili, la diagnosi si imporrà. Allora si dovrà pensare alla possibilità di complicazioni; ed anzitutto si dovrà vigilare sulla emorragia. Si è detto che, al solo esame del sangue uscito, si può dire se si tratta d'una ferita arteriosa (sangue rosso) o d'una ferita venosa (sangue nero). Non vi ha nulla d'assoluto in ciò; il sangue arterioso può benissimo fermarsi nel retto, alterarvisi e prendere i caratteri del sangue nero.

Il passaggio d'orina nel retto indicherà la lesione delle vie orinarie, come pure l'uscita di gas e di materie fecali dalla vagina, indipendentemente dall'esplorazione vaginale, spiegherà l'esistenza d'una lesione di questo canale. Finalmente gl'indizi ordinarii della peritonite indicheranno l'esistenza di questa terribile complicazione. L'esplorazione, l'esame collo *speculum* potranno far riconoscere la presenza d'un corpo estraneo.

Nel malato di Christot vi era una palla schiacciata nel retto e la sua presenza aveva dato luogo a fenomeni d'occlusione intestinale che cessarono dopo l'esportazione di questo corpo estraneo.

Cura. — La condotta del chirurgo nel caso di ferita del retto varierà secondo le circostanze.

Se egli ha diagnosticato una ferita superficiale poco importante, la cura sarà semplice. Provvederà ad arrestare la peristalsi intestinale per ritardare le defecazioni e permettere che si faccia la cicatrizzazione. Favorirà questa e preverrà i fenomeni infiammatorii con lavature asettiche del retto, fatte con precauzione, coll'aiuto di una sonda rettale. Il liquido sarà una soluzione borica o semplicemente acqua bollita; la lavatura potrà essere ripetuta parecchie volte al giorno. Ma se vi ha luogo a pensare ad una ferita interessante la totalità dello spessore del retto, allora la condotta dev'essere molto più circospetta. L'oppio all'interno,

la morfina in iniezioni sottocutanee, troveranno ancora la loro applicazione per determinare l'immobilità dell'intestino. Potrà in tal caso ancora essere utile evacuare l'intestino e farne l'asepsi; ma si corre pericolo di far penetrare il liquido nei tessuti peri-rettali, quindi bisognerà astenersi da queste lavature, a meno di farle coll'aiuto dello speculum e sotto il cloroformio. Si avranno in ciò parecchi vantaggi; coll'aiuto dello speculum si potranno togliere le materie fecali e lavare l'intestino; si potrà riconoscere lo stato della lesione; infine si dilaterà l'orificio anale, e ciò faciliterà l'uscita ulteriore delle materie e sopratutto dei gas. Questa condotta è preferibile all'incisione dello sfintere preconizzata da Bégin e da Dupuytren. In mancanza della dilatazione dell'ano, un grosso tubo di cautchouc introdotto nel retto potrà condurre fuori i gas ed evitare la loro diffusione nei tessuti del perineo e del bacino.

È specialmente l'*emorragia* che dapprima preoccuperà il chirurgo. Se essa è minima, non vi è da inquietarsi; ma egli dovrà sorvegliare da vicino il suo malato, perchè il sangue può raccogliersi nel retto. Tanto se si manifesti all'esterno quanto se sia interna, l'emorragia dovrà essere arrestata. Perciò bisognerà cercare di veder la ferita, legare il vaso che sanguina, se è possibile, suturare la soluzione di continuo, cauterizzare col ferro rovente. L'iniezione d'acqua ghiacciata, l'introduzione di piccoli pezzi di ghiaccio nel retto, potranno anche avere qualche efficacia. I liquidi astringenti dovranno essere respinti, particolarmente il percloruro di ferro, ma si potrà tentare l'acqua di Pagliari. L'iniezione d'aria fredda, che avrebbe dati risultati soddisfacenti a Gross, mi sembra d'una efficacia dubbia. Se questi diversi espedienti falliscono o sono inapplicabili, bisognerà ricorrere al *tamponamento* del retto.

Allingham immaginò di farlo con una spugna preparata in un modo speciale. Si impiegarono i tamponi multipli riuniti fra loro con un filo. Questo tamponamento è assai male sopportato, perchè trattiene i gas; esso ha spesso anche l'inconveniente di provocare una rettite. Bisognerà dunque, se vi si ricorre, adoperare delle sostanze asettiche e poco irritanti e ungerle convenientemente di vaselina. Il pallone di Gariel, forato nel centro, potrebbe ottenere lo stesso effetto di compressione, senza avere gl'inconvenienti che ora abbiamo indicati.

Abbiamo veduto come per mezzo dell'evacuazione, della lavatura, della dilatazione anale, del drenaggio, si possa provvedere contro l'infiltrazione stercoracea e gasosa; ricordiamo che Dieffenbach, in un caso di abbondante perdita di sostanza, aveva otturato con successo la perforazione valendosi d'un pezzo di budello ripieno prima d'acqua, poscia d'aria. Se, malgrado le precauzioni prese, si producesse questa infiltrazione, bisognerà affrettarsi a fare delle incisioni multiple e profonde.

Gli ascessi della fossa ischio-rettale o dell'orlo dell'ano, le fistole consecutive, saranno oggetto di cure opportune che non presentano qui nulla di speciale. Bisognerà ancora ricorrere alle larghe e multiple incisioni se vi ha una lesione concomitante delle vie orinarie che abbia prodotta una infiltrazione d'orina. Infine non ci resta che da esaminare il caso in cui vi è penetrazione dell'intestino nel retto.

Adelmann aperse il ventre per disimpegnare l'ansa erniata; la ridusse con grande difficoltà e la sua malata morì. Stein aperse l'ansa intestinale per creare

un ano contro-natura. Il suo tentativo fallì completamente. L'ammalata di Brodie morì pure. Solo Nedham riuscì, dopo sbrigliamento, a ridurre l'intestino, e ad ottenere guarigione. Si comprende per ciò quanto sia difficile con questi pochi fatti indicare una linea di condotta netta; fortunatamente questa lesione è rarissima.

Quanto alla peritonite, tutto lo scopo della terapeutica dovrà esser quello di prevenirla, perchè quando essa scoppierà, la cura si troverà press'a poco disarmata, e, salvo il caso d'infiammazione poco intensa e localizzata, i mezzi ordinarii, oppio, ghiaccio *intus* ed *extra*, saranno il più delle volte impotenti ad impedire un esito fatale.

[Sarà qui conveniente non limitarsi alla aspettazione, ma ricorrere, secondo la gravità delle lesioni, alla amputazione del retto sopra alla ferita, od alla sutura della ferita e drenaggio addominale con garza (D. G.)].

II.

CORPI ESTRANEI

J. Cloquet, Società di Chirurgia, febbraio 1862. — Cumano, *Gaz. méd. de Paris*, 1838. — Desormeaux, Soc. di Chir., 5 febbraio 1862. — Dor, *Gaz. méd. de Paris*, 1835, pag. 139. — Follin, Soc. di Chir., maggio 1861. — Howinson, *The Lancet*, 25 maggio 1867. — Laroyenne, *Gaz. méd. de Lyon*, 1867. — Montanari, *Gaz. hebd.*, 15 febbraio 1861. — Morand, Accademia di Chirurgia. — Rafly, *Journ. de Méd. de Toulouse*, maggio 1861.

Eziologia. — I corpi estranei del retto sono relativamente frequenti; alcuni sono dovuti a proiettili penetrati nel retto. Nell'articolo precedente abbiamo visto come una palla schiacciata restata nel retto, aveva provocati dei fenomeni d'ostruzione che cessarono con l'ablazione di quella (Christot). Ma questa è una causa eccezionale. All'infuori dei proiettili di guerra, i corpi estranei del retto sono di tre specie, secondo che:

1° Si sono sviluppati in sito;

2° Sono venuti dalle vie digestive superiori;

3° Sono penetrati dall'ano.

A. I corpi *sviluppatisi in sito*, si riferiscono da una parte all'accumulo di materie fecali indurite, dall'altra all'agglomerazione di vermi intestinali.

Due circostanze favoriscono l'accumulo e l'indurimento delle materie fecali nel retto; in primo luogo la natura delle sostanze ingerite, sopra tutto quando esse sono state male masticate. Langlhom ha visto dipendere la coprostasi da un ammasso di piccoli piselli duri. Tutti i detriti di legumi, i semi delle frutta, i noccioli delle ciliege, gli avanzi cellulosi, possono formare il nucleo della massa intestinale, che talvolta ha in questi casi un aspetto stratificato. Eccezionalmente, l'uso frequentemente ripetuto della magnesia a dose elevata ha provocato questo stesso accumulo. Essa potè pure essere determinata da un calcolo biliare. La cattiva qualità delle sostanze introdotte sarà suscettibile di provocare la coprostasi; è così che Popham, Donavant e Banks riferiscono dei fatti di coprostasi tanto numerosi al tempo d'una carestia in Irlanda, nel 1846, che l'affezione rivestì il carattere di

un'epidemia; ora, i contadini non si nutrivano che di patate guaste. In alcuni casi il nucleo della massa era formato da sostanze alimentari inghiottite ingordamente; così F. Bœckel ha trovato in un retto 70 lumache avviluppate da materie fecali. Si trovarono persino dei gomitoli di capelli al centro di queste masse.

Gross, che ha scritta la storia di questi corpi estranei, vi ha raccolti numerosi e svariati casi. Ma ciò che sopra tutto favorisce la coprostasi, sono la costipazione abituale e la paresi o la paralisi del retto, sia isolata, sia accompagnata da paralisi intestinale. Fu invocata pure la contrattura dello sfintere, ma questa è il più delle volte secondaria. L'anemia e l'isterismo sono cause rare. La vita sedentaria e l'abuso dei clisteri determinano la coprostasi in questo senso che provocano la paresi del retto. Ed è sopra tutto nelle donne e principalmente nei vecchi che si osservano questi diversi fenomeni della coprostasi. Nei bambini, fatti analoghi sono derterminati da ascaridi riuniti in ammassi talvolta considerevoli, avvolti in muco ed in catarro dell'intestino.

La coprostasi si presènta sotto due differenti aspetti: talvolta essa forma una massa unica che può raggiungere un volume considerevole, raramente regolare, arrotondata o cilindroide, più sovente irregolare, bernoccoluta. Queste materie fecali sono dure e molto compresse, al punto da formare come delle pietre (coproliti). Talvolta essa è divisa in piccole masse multiple arrotondate od ovoidali conosciute sotto il nome di scibale. Queste masse sono anch'esse estremamente dure. Sia che formino una massa unica o molti piccoli noccioli, le materie sono ordinariamente grigio-biancastre alla superficie e ricoperte d'un intonaco di muco spesso, viscoso, talora sanguinolento o siero-sanguinolento. Quest'ultimo carattere del muco si osserva quando la coprostasi si accompagna colla rettite, di cui è stata l'occasione.

Avendo la coprostasi una fenomenologia speciale, noi studieremo questi sintomi e la loro cura prima di passare allo studio dei due altri gruppi di corpi estranei.

Abbiamo visto che le lesioni della coprostasi sono ordinariamente minime; perciò d'ordinario i sintomi sono poco spiccati, sopra tutto quando si tratta d'un retto paralizzato.

Sintomi.— Sono sopra tutto *funzionali:* l'ammalato accusa dei dolori alle reni, un peso al basso ventre, delle trafitture verso l'ano. Gli stimoli della defecazione si ripetono frequentemente, ed è notevole l'esame della regione anale negli sforzi della defecazione; questa regione fa sporgenza come un perineo disteso dalla testa del feto, ma l'ano si apre appena.

Lo sforzo è il più delle volte inefficace, e si rinnoverà con grande tormento degli ammalati che ricorreranno invano all'uso del clistere: questo sarà respinto. Allora essi paventano di dover andar alla seggetta, si ritengono dal mangiare, dimagriscono e prendono un aspetto cachettico che può tanto più facilmente ingannare in quanto che accusano talora dolori gastrici ed epatici.

Soltanto dopo un tempo abbastanza lungo gli ammalati sono torturati da quei premiti sovente ripetuti e paragonabili agli sforzi del parto. Al principio i fenomeni sono più oscuri, non vi è altro che stitichezza senza nulla di speciale, ma con inappetenza e sovente anche ripugnanza pel cibo, sete viva.

La stitichezza può accompagnarsi con ritenzione d'orina, che si spiega facilmente per la pressione d'una massa che, in taluni casi, riempie quasi l'escavazione.

Tuttavia, non si creda vi sia sempre alvo chiuso: la diarrea non è rara, ma è catarrosa, muco-purulenta e dovuta all'esistenza d'una rettite; essa avviene con premiti e contribuisce per buona parte a provocare gli stimoli frequenti e dolorosi della defecazione.

L'insieme di questi sintomi reagisce fortemente sul morale degli ammalati, i quali da principio diventano irritabili, poscia piombano nell'ipocondria con tendenza al suicidio.

Il **pronostico** della coprostasi è adunque abbastanza serio, non solo perchè essa può portare un grave contraccolpo alla salute generale ed al sistema nervoso, ma ancora perchè ben sovente non è che l'espressione d'un'alterazione più o meno profonda dei centri nervosi (senilità, paralisi).

La **diagnosi** sembra dover essere semplice; tuttavia abili pratici hanno commessi errori e creduto si trattasse di ostruzione intestinale, di cancro, di tumori uterini, ovarici, pelvici, ecc.; in un caso persino, il colon pieno di materie aveva fatto credere ad una ipertrofia del fegato. Questi errori si spiegano assai spesso per il carattere vago dei sintomi funzionali, ma ben sovente sono dovuti ad un esame incompleto. Per ripugnanza personale o per ripugnanza del malato, si omise di ricorrere al mezzo di esplorazione decisivo, all'esplorazione rettale, a cui nella donna si può supplire coll'esplorazione vaginale. Appena si avrà superato lo sfintere, si troveranno le masse dure caratteristiche, che riempiono il retto e che nello stesso tempo fanno sporgenza nella vagina.

La **cura** ha un'indicazione immediata, assoluta, quella di svuotare il retto; i clisteri ed i purganti sono senza efficacia, eccetto il caso in cui trattasi di un gruppo di ascaridi, nel qual caso un preparato agliaceo, od anche semplicemente un clistere salato provocherà l'espulsione. In ogni altro caso, bisogna estrarre artificialmente il bolo fecale. Per ciò, valendosi al bisogno dell'anestesia generale o locale, si dilaterà l'ano, poscia con un cucchiaio, colle pinze ed anche colla mano, si estrarrà la massa dopo averla ridotta in frammenti all'occorrenza e facilitandone l'uscita per mezzo di unzioni di grasso. Vi sono dei paralitici e dei vecchi a cui bisogna vuotare in tal modo quotidianamente il retto.

Non è che nei casi d'impossibilità assoluta di far uscire la massa, che si ricorrerà alla sezione dello sfintere, alla rettotomia lineare posteriore.

La cura non si limiterà a questa evacuazione; cercherà di prevenire possibilmente il ritorno di simili accidenti coll'uso di purganti leggeri, d'un regime dolce ed emolliente. La stricnina, la noce vomica, la segala cornuta giovano in alcuni casi.

Infine applicazioni elettriche sul tubo digerente possono dare eccellenti risultati [Altrettanto dicasi del massaggio (D. G.)].

B. I *corpi estranei* venuti *dalle vie digerenti superiori* sono numerosi ed estremamente varii. Hévin nella sua celebre Memoria dell'Accademia Reale di

Chirurgia, ha riferito un gran numero di casi. Gli uni provengono dall'alimentazione: reste di pesce, pezzi d'ossa e di cartilagine, tendini, aponeurosi; gli altri sono accidentali e si trovano specialmente nei bambini: palline, chiodi, portapenne, aghi, spilli, pezzetti di vetro, un flautino, ecc. Alcuni poterono essere inghiottiti per aberrazione mentale: forchetta (Legendre), coltelli (Brodie). Schmucker riferisce il fatto, che gli citò Bloch, d'un giovane pazzo il quale, per suicidarsi, inghiottì parecchie centinaia di chiodi, pezzi di ferro, forcine, spille ordinarie, pezzi di vetro; ciò per altro non gli valse, tutto passò senza accidenti.

In alcuni casi il corpo straniero è stato inghiottito volontariamente; sovente, ladri côlti in flagrante, hanno cercato di dissimulare il loro furto trangugiando le monete. I ciarlatani, che usano trangugiare sciabole o coltelli, sono talvolta vittime di questo pericoloso esercizio. Un marinaio americano ebbe così il retto perforato da un coltello e ne morì (Brodie). Infine, si trovarono nel retto dei denti artificiali, persino un occhio artificiale (Esmarch)!

Ci si domanderà perchè questi corpi, che hanno attraversato senza alcun danno le vie digerenti superiori, s'arrestano nel retto. Ciò è dovuto senza dubbio all'occlusione dello sfintere, ed anche al fatto che questi corpi seguono la sorte delle materie intestinali le quali stanno momentaneamente nel retto. D'altronde non è raro di vedere questi corpi stranieri avvolti in materie che si induriscono, divenire causa d'una coprostasi; hanno anche potuto incrostarsi di sali.

Talora questi corpi stranieri si fermano nel retto senza determinarvi altri accidenti che una rettite più o meno intensa; talora ledono gravemente le sue pareti e sono l'origine di fatti infiammatorii secondarii, od immediatamente di peritonite, di emorragia. Il marinaio di Brodie ebbe il retto perforato; in un caso di Tauchon la prostata fu lesa da un osso di pernice; Merlin ha pure visto una donna abortire al quinto mese, per il passaggio dal retto nell'utero d'una spina di pesce che si trovò conficcata attraverso la spalla e la coscia del feto! Talvolta il corpo straniero esce dal retto per una perforazione, e può essere espulso col pus d'un ascesso peri-rettale di cui sarà stato causa.

C. I veri corpi stranieri del retto sono quelli che *vi sono penetrati dall'ano.* Essi sono numerosi e d'una estrema varietà di forma, di volume, di natura, di dimensioni.

Eccezionalmente, questi corpi stranieri sono stati introdotti con uno scopo terapeutico, dal medico, dal malato, o da una persona estranea. Fra questi stanno le sonde, le candelette. Luders ha trovato anche un pessario, ma esso proveniva dalla vagina, e per ulcerazione della parete retto-vaginale era passato nel retto. Una sanguisuga applicata all'ano penetrò nel retto, in un giovine individuo. Raramente il corpo estraneo è dovuto ad uno scherzo insensato o ad uno scopo criminale. Il fatto della prostituta a cui alcuni studenti piantarono a contrapelo una coda di maiale, è ben conosciuto (Marchetti). Il ferro rovente che gli assassini d'Edoardo II gli introdussero nel retto (Gross) non ha che un interesse storico.

Abbastanza sovente il corpo estraneo del retto è dovuto a ciò che questa porzione del tubo digerente ha servito da ricettacolo. Così sovente si videro dei prigionieri nascondervi il loro *nècessaire*, specie di astuccio che contiene i delicati ordigni per una evasione (Follin-Closmadeuc). Per millanteria, un uomo si era introdotto nel retto 50 lumache (J. Bœckel)!

Una disgrazia, una caduta sopra un corpo fragile (pezzo di legno), ha potuto essere origine del corpo estraneo.

Ma sono specialmente le abitudini di pederastia passiva che inducono i loro autori ad introdursi nel retto dei corpi stranieri, e la lista dei corpi così introdotti non è meno bizzarra e sovente inverosimile, quantunque autentica, che lunga. Soltanto la storia dei corpi stranieri dell'uretra e della vescica potrebbe fornirci una simile varietà.

Per comodità della classificazione, ed anche perchè essi presentansi, dal punto di vista delle lesioni e della cura, in condizioni particolari, si possono dividere questi corpi in tre gruppi:

1° I corpi *solidi,* i quali si suddividono in *corpi rotondi* o ad estremità ottuse, e in corpi a *superficie irregolare;*

2° I *corpi fragili.*

a) I *corpi rotondi* sono varii: sono pezzi di legno, tagliati sovente a forma di pene e lisci, biglie, ciottoli rotondi, un astuccio da ferri da calza (Gérard), una spola da tessitore (Bonhomme), turaccioli di legno, spianatoi da pasticciere, lisciatoi da calzolaio, ed oggetti d'un volume più considerevole ancora: l'ammalato, di cui parla Montanari, s'introduceva nel retto un pestello da mortaio, lungo 30 centimetri e largo 6 centimetri alla sua grossa estremità, e continuò questo piccolo esercizio finchè morì per una lacerazione dell'intestino.

b) I *corpi irregolari* non sono meno vari e bizzarri: sono bacchette di giunco, viti di legno (Janson), pezzi di pietra, radici di alberi, denti di rastrello, ecc. Raffy de Puymarol trasse dal retto di un uomo una piccola forca di legno, i rami della quale, grossi come il dito mignolo, misuravano da 7 a 8 centimetri di lunghezza con una distanza di 7 centimetri circa. E nulla eguaglia la fantasia dei racconti che immaginano i malati per ispiegare la presenza del corpo estraneo, che d'altra parte essi cercano assai sovente di nascondere.

c) I *corpi fragili* sono interessanti non solo per la loro varietà di forma e di volume, sovente proprio incredibile quantunque vera, quanto per i pericoli inerenti e per la difficoltà della loro estirpazione. È in questo gruppo che si trovano i bicchieri, i schop da birra, i vasi di confetture, le bottiglie, ecc. Desgranges (di Lione) ha estratto una pepaiuola; Velpeau potè estrarre un grande bicchiere da birra; J. Cloquet, uno schop. Il malato di Désormeaux e quello di Howinson si erano introdotta una bottiglia. Quello di Laroyenne, come quello di Cloquet, si era accontentato di uno schop.

Lesioni prodotte dai corpi stranieri. — Se sono ottusi e poco voluminosi, i corpi stranieri possono produrre soltanto lesioni quasi nulle o minime, quali screpolature od un po' di rettite.

Anche lisci, se sono voluminosi possono provocare una rottura; è ciò che successe al pederasta il quale s'introdusse un pestone da mortaio.

Se sono acuminati o irregolari, lacerano l'ano ed il retto, e possono perforare questo con o senza apertura del peritoneo.

Queste lesioni sono anzitutto le stesse, sia che si tratti di corpi stranieri venuti dall'alto o di corpi venuti dal basso. Esse ci daranno ragione dei fenomeni provocati da questi corpi.

Il corpo straniero può piantarsi nelle pareti del retto ed in un organo vicino, come la prostata, la vagina, la vescica. Esso può avere il suo grande asse secondo l'asse del retto, od essere disposto trasversalmente, presentare la sua grossa estremità in alto, la piccola in basso, o viceversa, come è il caso più frequente.

Sintomatologia. — Talvolta i sintomi sono poco accentuati; vi ha solo un senso di peso alla regione, delle difficoltà nella defecazione; se il malato sa nulla del suo corpo estraneo, egli non vi presta guari attenzione, e talvolta non è che incidendo un ascesso del bordo anale od operando una fistola che si ritrova il corpo del delitto. La stessa cosa può accadere pel malato che suole dissimulare l'introduzione che egli ha fatta.

Ma non sarà sempre così; in buon numero di casi si tratterà di un oggetto voluminoso o meglio irregolare, tagliente, ed allora scoppieranno dei disturbi che obbligheranno il malato a chiamare aiuto, dopo aver sovente esso stesso fatto ogni sorta di tentativo per liberarsi. Questi disturbi consisteranno principalmente in *dolori* addominali e sopra tutto rettali, continui, con esagerazione considerevole negli sforzi della *defecazione*. Ora, in capo a poco tempo, per la presenza del corpo estraneo che li provoca, e sopratutto per la rettite gli stimoli diventano frequenti, imperiosi; vi ha tenesmo.

Ordinariamente vi ha stipsi; raramente questa va sino all'ostruzione assoluta; però a proposito delle ferite, noi ne abbiamo segnalato un notevole esempio. Se vi ha rettite, l'emissione di catarro, di mucosità, di secrezioni, maschera questa costipazione con un'apparente diarrea.

Dal lato delle *vie orinarie*, succede frequentemente di osservare la ritenzione per compressione o per semplici fenomeni riflessi. Abbiamo visto più sopra una spina di pesce conficcata nella prostata provocare una ritenzione d'orina, per la quale d' altronde il malato soccombette, e non è che all' autopsia che si trovò il corpo estraneo.

Decorso ed esito. — Talvolta, sia pel piccolo volume, sia per la forma arrotondata, e sopra tutto pel fatto dell'adattamento del retto per abitudini di pederastia, il corpo estraneo è abbastanza bene tollerato per qualche tempo; ed allora, delle due cose, l'una: o il corpo estraneo è espulso spontaneamente o dietro un intervento semplice, e tutto è finito; ovvero continuerà a soggiornare ed allora si incrosta di sali, si circonda di materie indurite e provoca intorno a sè dei fenomeni infiammatorii, o determina una coprostasi abbondante. Nell'un caso o nell'altro, la sua presenza si rivela per mezzo di fatti che richieggono l'intervento.

Noi abbiamo già indicato la sua uscita all'esterno per mezzo di un ascesso o di una fistola.

Complicazioni. — L'individuo che ha un corpo estraneo nel retto è esposto a gravi complicazioni. Queste sono *immediate, secondarie* o *tardive*.

Le complicazioni *immediate* risultano da lesioni di organi vicini lesi nello stesso tempo che il retto e che noi abbiamo già segnalate: lesione delle vie orinarie ed infiltrazione consecutiva, lesione del tessuto cellulare che permette

l'infiltrazione stercoracea o gasosa ed apre l'adito ai fenomeni infiammatorii ed infettivi, lesione dei vasi determinante un'emorragia che può diventare rapidamente gravissima, infine lesione del peritoneo con peritonite rapidamente mortale.

Le complicazioni *secondarie* sono tutte di natura infiammatoria: sono la rettite che, come abbiamo già indicato, può estendersi al tessuto cellulare peri-rettale, donde gli ascessi delle fosse ischio-rettali, la cellulite pelvica (Lane), la peritonite secondaria, la gangrena parziale delle pareti del retto; questa, alla caduta dei tessuti mortificati, può complicarsi con emorragie secondarie gravi (Thompsett). Il malato di Rafly soccombette alla perdita del sangue.

Noi abbiamo segnalata la possibililà d'un'*ostruzione intestinale.* Notiamo semplicemente, che si è visto il retto *invaginarsi* a mo' di corpo cilindrico, come un vaso di confetture senza fondo. In un caso di Desault, la porzione invaginata era lunga 6 pollici.

Nelle *complicazioni tardive*, collocheremo gli ascessi che si manifestano tardissimo, qualche volta lontano dall'ano, e dall'apertura dei quali esce un corpo estraneo del retto; talvolta il corpo straniero non esce, e restano delle fistole persistenti pelvi-rettali superiori od altre aperte al perineo, al pube, alla parete addominale, ecc. La vescica può essere aperta anche tardivamente (Bartholin, Borel). Segnaliamo infine la possibilità d'un *restringimento cicatriziale* del retto in seguito a ferita, a gangrena dovuta al corpo estraneo.

Prognosi. — Essa è variabilissima colla natura, col volume, colla forma e collo stato della superficie dei corpi stranieri; i corpi piccoli, smussati, lisci, sono meno gravi che i corpi grossi e lunghi, che possono produrre una lacerazione od una rottura.

I corpi rugosi hanno pure una prognosi ben più seria che i corpi smussati, perchè essi determinano sempre delle lesioni. Infine i corpi fragili, gli oggetti di vetro, di porcellana, sono pericolosissimi, in questo senso che possono rompersi, sia prima, sia durante l'estrazione, ed i loro frammenti possono produrre dei gravi danni.

In complesso il pronostico, abbastanza serio in molti casi, non è gravissimo il più delle volte, ed anche quando sopravvengono dei fenomeni infiammatorii, la guarigione può facilmente avvenire.

Però la morte è possibile, sia immediatamente per emorragia, sia in seguito per peritonite, estese suppurazioni, emorragie secondarie.

Generalmente, la prognosi è meno grave, se il corpo estraneo è venuto dalle vie digerenti superiori, che se è penetrato per l'ano.

Diagnosi. — La diagnosi è talvolta di una grande facilità; però non bisogna dimenticare che l'anamnesi qui non può servire. Infatti, se il corpo estraneo è venuto dall'alto, l'individuo può non averne alcuna nozione, o averne perduta la memoria; e se esso è venuto dal basso, egli cercherà di dissimularlo. Però, in quest'ultimo caso, sono ordinariamente i disturbi provati, che l'obbligano a chieder consulto, e se il malato dà una spiegazione fantastica, riferisce almeno soventi che porta un corpo estraneo.

I fenomeni funzionali, i dolori, i disturbi nella defecazione, attirano d'altronde l'attenzione verso il retto e l'addome. Ora la palpazione di questo potrà, in molti casi, far riconoscere la presenza del corpo straniero se è grosso o se è salito molto in alto. Ma è sopra tutto l'esame diretto che sarà concludente. Esso mostrerà, in molti casi, un ano dilatato, senza increspature, sanioso, screpolato, che rivela le abitudini vergognose della pederastia passiva. L'introduzione d'un dito, di due dita, facilissima, potrà in seguito far sentire il corpo estraneo, salvo il caso in cui sia rimontato molto in alto; l'introduzione della mano, abbastanza facile in simile caso, potrà allora essere opportuna.

Ma se si tratta di un corpo venuto dalle vie digerenti superiori, le cose non saranno così facili; il retto è allora meno tollerante, lo sfintere è sovente contratto ed il corpo più piccolo può nascondersi in una ripiegatura delle valvole di Houston. L'uso del cloroformio sarà allora indicato per introdurre lo *speculum* di Trélat, per dilatare largamente l'ano, esplorare l'interno del retto, ed asportare il corpo estraneo.

Questo modo di procedere mi sembra preferibile all'uso dei comuni *speculum ani*, piccoli, che rischiarano male, e non dilatano lo sfintere.

La diagnosi non dovrà limitarsi a constatare il corpo estraneo, essa dovrà anche precisarne le condizioni particolari di forma, di situazione e cercare coi mezzi appropriati l'esistenza di lesioni concomitanti.

Cura. — È abbastanza difficile scrivere la tecnica della cura dei corpi estranei del retto, perchè la terapia varia quasi per ogni corpo estraneo. Generalmente, essa può formularsi nel modo seguente: rimuovere il corpo estraneo, ed ovviare agli inconvenienti immediati o consecutivi.

Se il corpo è piccolo, smussato, situato poco in alto, è facile levarlo colle pinze piccole od anche colle dita. Daniele Mollière riferisce il metodo usato negli uffizi della polizia per fare..... sputare ai prigionieri il loro *nècessaire*. Si ordina al detenuto, spogliato, di soffiarsi il naso, e nel momento in cui lo fa, gli si dà un forte colpo sull'addome, e l'astuccio se è piccolo, viene espulso. Un astuccio di 650 grammi, come quello del detenuto di Closmadeuc, e contenente una raccolta di chiavi false, avrebbe una grande difficoltà ad uscire così.

Il più delle volte bisogna ricorrere a manovre più complesse. La prima cura consisterà nella dilatazione dello sfintere sotto il cloroformio, se questo sfintere non è dilatato, poi, pigliando luce collo *speculum* si potrà in molti casi vedere il corpo estraneo ed estrarlo.

Dove la difficoltà diventa grande, è quando il corpo estraneo è impiantato, quando presenta delle asperità. In questi casi, sono numerosissimi i processi più o meno ingegnosi per levarsi d'imbarazzo. La prostituta di cui abbiamo citato il caso più sopra non fu liberata dalla coda di porco introdotta a contro pelo, che grazie all'uso d'un tubo cilindrico (era una canna vuota (Marchetti) spinta nel retto) mentre che con un filo attaccato all'estremità della coda, il chirurgo faceva trazione su questa.

I *gorgerets*, i cucchiai, le valve dello *speculum*, troveranno anche, secondo i casi, la loro applicazione.

Ma può succedere che il corpo sia molto voluminoso; si è consigliato allora di fare la sezione dello sfintere, la rettotomia posteriore, ecc. Grazie alla dilatazione dello sfintere sopra tutto sotto il cloroformio, queste operazioni troveranno ora ben raramente la loro indicazione; di già, per mezzo della sola dilatazione, J. Cloquet, aveva potuto estrarre colle dita uno schop da birra.

Tuttavia se il corpo estraneo è realmente troppo grosso, se sopra tutto è situato in alto, e se per mezzo di manovre esterne nell'escavazione attraverso la parete addominale, non lo si è potuto levare, si dovrà allora fare la rettotomia lineare posteriore, che, aprendo una larga via, senza gran danno d'altronde, permetterà di estrarre il corpo straniero più facilmente e sopra tutto senza romperlo. Questo è un punto importante quando si tratta di corpi fragili i cui pezzi sarebbero taglienti. Gli annali medici racchiudono molti casi in cui si ebbero complicazioni mortali pel solo fatto di questa rottura. Bisogna perciò evitare di rompere questi oggetti fragili; bisogna di preferenza cercare di estrarli colle dita quando la via è largamente aperta, e col forcipe piuttostochè colle pinze. S'intende che se, malgrado tutte le precauzioni, l'oggetto si è rotto, si cercherà di levarne tutti i frammenti col *minimum* di guasto possibile. In un caso simile, Velpeau arrivò a questo risultato aiutandosi con un corno da scarpe per proteggere le pareti del retto, ciò che non impedì d'altronde al suo malato di soccombere otto giorni dopo.

È coll'aiuto del forcipe che Désormeaux in un caso e Cumano in un altro, poterono estrarre una bottiglia intatta il cui collo era rivolto in alto. Quando il collo è diretto in basso, la manovra diventa più facile per poco che si arrivi ad afferrarlo con un filo o con un cordone. Reymonet (di Marsiglia) ebbe così un successo completo. Ricordiamo dal punto di vista storico sopra tutto, che si utilizzò un tempo a Brest la piccola mano di un fanciullo per andare a cogliere una boccetta di rosmarino in un retto.

Infine, ci resta ancora da esaminare un caso, ed è quello, raro d'altronde, in cui il corpo estraneo dal retto sia risalito nella S iliaca e sia accessibile dall'addome. In questa circostanza, se ciò si può fare senza pericolo, si tenterà di provocarne la migrazione in basso; altrimenti sarà indicata la laparotomia e l'enterotomia con enterorafia immediata. Notiamo però che dopo aver fatta la laparotomia, Verneuil potè (1880), per mezzo di pressioni, provocare l'uscita del corpo estraneo dall'ano.

In conclusione, la terapia dei corpi stranieri del retto si riassume in questo: far uscire il corpo straniero: 1° per le vie naturali semplici, raramente; 2° per le vie naturali *ingrandite*, per lo più per mezzo della dilatazione, eccezionalmente per mezzo dell'incisione; 3° infine per una via anormale creata artificialmente.

CAPITOLO II.

MALATTIE INFIAMMATORIE

Charles B. Ball, The rectum and anus, their diseases and treatment. Londra 1887. — Gosselin et Dubar, art. Rectum del *Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, pag. 549. — Follin et Duplay, *Traité de Chir.*, t. VI, pag. 390.

Le infiammazioni di cui il retto è sede, o possono limitarsi alla mucosa sola, od ancora a tutte le tonache di questo tratto dell' intestino; oppure possono oltrepassare i limiti del retto ed estendersi al tessuto cellulare vicino. Nel primo caso si ha la *rettite* propriamente detta; nel secondo abbiamo ciò che si potrebbe chiamare la *perirettite*, e che si designa nel linguaggio comune col nome di *flemmoni perirettali,* con qualificazioni diverse secondo la sede; flemmone dello spazio pelvi-rettale superiore, flemmone della fossa ischio-rettale. Esamineremo successivamente questi *due gruppi di affezioni* infiammatorie.

I.

RETTITI

Le *rettiti* si incontrano sovente come conseguenza o complicazione di malattie chirurgiche del retto; ma in tal caso esse passano assolutamente in seconda linea, e basta menzionarle descrivendo l'affezione che si studia. Così a riguardo delle ferite e dei corpi estranei del retto abbiamo avuto sovente occasione di segnalare la rettite. Ma come affezione *primitiva* la rettite è poco frequente; essa è d'altronde in tal caso specialmente una malattia medica e non altro che l'estensione al retto d'una enterite propriamente detta. Così, molti trattati di chirurgia ed anche delle opere che parlano specialmente dal punto di vista chirurgico delle malattie del retto, non accennano alla rettite. Tuttavia, ve ne ha qualche forma, la *rettite blennorragica* e la *rettite proliferante,* per esempio, che possono presentare un reale interesse chirurgico, e noi le studieremo più particolarmente. Sotto questo punto di vista, le opere inglesi sono più complete che le nostre, e la *proctite* ha dato luogo a molti lavori in Inghilterra. Se vogliamo passare in rivista tutte le rettiti, dobbiamo dividerle nel modo seguente: rettiti traumatiche, rettiti organiche, rettiti per propagazione, rettiti per inoculazione, rettiti proliferanti.

1° *Rettiti traumatiche.* — I corpi estranei introdotti o fermatisi nel retto sono sovente, come abbiamo veduto, il punto di partenza di una rettite.

Questa può limitarsi alla mucosa, il cui epitelio cadrà, lasciando a nudo dei bottoni vascolari capaci di dar sangue, *rettite emorragica.* Io ho avuto recentemente

occasione di osservare un bell'esempio di questa varietà. Se l'infiammazione è più intensa, in luogo della forma vegetante, emorragica, si osserverà la forma *ulcerosa*, le cui conseguenze immediate sono più importanti e che secondariamente può produrre delle emorragie, degli ascessi, delle fistole, e più tardi provocare delle cicatrici retrattili.

Ma l'infiammazione può estendersi a tutte le tonache del retto e provocare allora una rettite *parenchimatosa*, che secondo la sua estensione, si dirà *circoscritta* o *diffusa*. Se sono intense, questi rettiti possono provocare una gangrena parziale o totale delle pareti del retto. Più facilmente che la precedente varietà, esse si complicano con flemmoni perirettali e conducono alla formazione di *fistole*.

Ogni ferita del retto, sia essa dovuta ad un corpo estraneo, ad un traumatismo chirurgico, o sia il risultato d'un esame un po' brutale, può essere accompagnata da rettite. Più ancora che non l'introduzione di agenti infettivi esterni, il mezzo nel quale queste ferite si trovano spiega questa evoluzione. Accanto alle rettiti per mezzo di corpi estranei noi possiamo porre le rettiti dovute agli oxiuri, che si osservano sopra tutto nei fanciulli.

2° *Rettiti organiche.* — Ogni qualvolta esiste un restringimento del retto, qualunque ne sia la natura, si produce al disopra di esso una dilatazione nella quale le materie intestinali soggiornano e fermentano. La mucosa dapprima, le altre tonache in seguito s'infiammano ed acquistano, sopra tutto nel caso di cancro, una grande friabilità che ci spiega le *rotture* osservatesi in seguito a tentativi di dilatazione forzata del restringimento. Frequentemente questa rettite riveste la forma *ulcerosa* e provoca anche dei flemmoni e delle fistole. La molteplicità di fistole attorno all'orificio anale è ben sovente un indizio di restringimento del retto.

3° *Rettiti per propagazione.* — Le infiammazioni delle vicinanze possono estendersi al retto. Queste infiammazioni possono venire dal tubo digerente stesso, per via *discendente* (intestino) o *ascendente* (ano), o da *organi* vicini non appartenenti al tubo digerente. Alla prima varietà appartengono le rettiti che accompagnano le enteriti, ed in particolare la dissenteria (*proctite dissenterica*), e l'esame del retto coll'aiuto dello *speculum* può in simil caso farci riconoscere le lesioni e metterci sulla via della diagnosi d'una enterite di carattere dubbio.

Le rettiti d'origine ascendente provengono da infiammazioni dell'ano: eczemi, cancri, vegetazioni, ecc.

Le *emorroidi* possono provocare una rettite, in due modi: 1° per propagazione ascendente in caso di emorroidi esterne infiammate, o ancora nel caso di emorroidi interne procidenti; 2° per mezzo di una periflebite.

Infine, è ancora per propagazione che le lesioni della prostata, dell'utero, e più raramente della vescica possono accompagnarsi con *rettite;* e questa colle evacuazioni, coi frequenti stimoli, col tenesmo, concorre per buona parte a rendere penosa la condizione del malato.

In generale, queste rettiti per propagazione non sorpassano guari i limiti della mucosa; quindi sono ordinariamente di media intensità.

4° *Rettiti per inoculazione.* — Questo gruppo non comprende che le rettiti veneree. L'esistenza di queste rettiti è oggigiorno fuori di dubbio; esse possono

anche essere *primitive*, vale a dire sviluppate primitivamente nel retto, oppure *secondarie*, quando l'infiammazione è stata primitivamente anale, e si è consecutivamente propagata al retto. Noi diremo più sotto qualche parola della *rettite blennorragica*.

5º *Rettite proliferante*. — Si tratta qui di una rettite particolare, che si presenta sotto un aspetto anatomico affatto speciale, ed ha per gli uni un'origine venerea, per gli altri non venerea. Questa affezione rara è certamente curiosissima. Noi abbiamo avuto l'occasione di osservarne due casi e crediamo doverle consacrare un piccolo capitolo speciale.

Anatomia patologica. — Saremo brevissimi sulle lesioni anatomiche della rettite, visto che si tratta di lesioni assolutamente volgari e che si osservano in tutte le mucose infiammate.

Se la rettite è mucosa (*acute catarrhal proctitis*), si trova l'iperemia, la proliferazione e l'abbondante desquamazione epiteliale, il turgore e la friabilità. Se l'infiammazione è stata sufficientemente intensa, l' epitelio cade, e si trova qui un'*ulcerazione*, là una *proliferazione* in forma di bottoni sporgenti con vasi di nuova formazione che molto facilmente dànno sangue.

Nella rettite parenchimatosa a queste lesioni si aggiungono l'infiltrazione e lo ispessimento del tessuto cellulare sotto-mucoso, la proliferazione e l'aumento di spessore della muscolare.

Se l'infiammazione è molto intensa, l'infiltrazione sierosa diviene abbondantissima, vi può anche essere suppurazione con iscollamento più o meno esteso della mucosa. La circolazione di questa si trova gravemente compromessa e ne risultano degli sfaceli di estensione variabile che dopo la loro eliminazione lasciano delle ulceri.

In riassunto, l'infiammazione delle tonache del retto può condurre allo ispessimento loro, all'indurazione, alla suppurazione, all'ulcerazione per esfoliazione o per isfacelo. Può condurre alla perforazione, alla gangrena, alle infiammazioni perirettali. Può produrre delle briglie cicatriziali che dànno luogo a fenomeni di restringimento del retto. Tutte queste lesioni insomma corrispondono alle modificazioni che le infiammazioni producono in generale nello stato dei tessuti.

Sintomatologia. — La rettite si rivela con un certo numero di sintomi, un po' variabili secondo la causa, l'estensione e l'intensità dell'affezione, ma che costituiscono nel loro insieme un quadro speciale. Questo quadro è d'altronde variabile, secondo che si tratta di una rettite *acuta* o di una rettite *cronica*.

Questi sintomi possono essere distinti in *locali* e *generali*; i sintomi locali sono essi stessi *fisici* e *funzionali*.

Localmente, si osserva un senso di peso alla regione anale, per lo più di calore, talora di bruciore. Il dolore è costante, ma più o meno vivo. Esso presenta delle irradiazioni verso il coccige, il sacro, verso i lombi, od ancora dalla parte del perineo, degli organi genitali, della vescica.

La *defecazione* esagera considerevolmente le sofferenze, il passaggio dei gas stessi provoca delle esacerbazioni dolorose. La defecazione nella rettite si modifica

nel modo di prodursi e nella qualità delle materie rese. Gli stimoli sono più frequenti, si accompagnano con tenesmo, i tentativi sono soventi senza alcun risultato.

Quanto alle materie, esse sono ugualmente modificate nella loro qualità e nella loro natura. Le feci sono ricoperte d'un intonaco muco-purulento, sieroso, siero-sanguinolente, siero-purulento, qualche volta catarroso. Ma, oltre le feci, il malato emette spesso semplicemente ed esclusivamente delle materie liquide, mucose, sanguinolenti, purulente, talvolta in grande abbondanza. Poichè si possono osservare diverse modalità; talvolta dei fenomeni dolorosi marcatissimi e delle secrezioni poco abbondanti; inversamente poco dolore e molta secrezione, od anche ad un tempo dolore ed abbondanza nella secrezione. Lembi di mucosa possono ugualmente venir eliminati nella defecazione.

Non è tuttavia che vi abbia sempre *diarrea;* nello stesso esordire della malattia, la stipsi è di regola. Ma ciò che si osserva di preferenza e principalmente nelle rettiti che accompagnano i restringimenti, sono le alternative di diarrea e di costipazione. Se si esamina il retto, si vede tosto un rossore della regione anale; sovente lo sfintere è più o meno violentemente contratto. Così la *esplorazione rettale* è dolorosa, difficile, e in buon numero di casi, per fare un esame fisico attento, bisogna ricorrere alla cloroformizzazione. Questa d'altronde permetterà di dilatare l'ano, ciò che diminuirà i premiti dolorosi e permetterà l'introduzione dello *speculum ani,* coll'aiuto del quale si constateranno le lesioni che abbiamo ricordate nel capitolo dell'Anatomia patologica.

Al momento della defecazione, si vede talvolta la mucosa fare *prolasso* sotto forma di un cercine di un rosso vivo, edematoso, granuloso alla superficie. Segnaliamo infine che si è talvolta osservato simultaneamente *disuria* nell'uomo o *metrorragia* nella donna. Quanto ai fenomeni generali, essi mancano soventissimo; si può osservare la febbre. Quando gli stimoli sono frequenti, i dolori vivi, i malati stentano a trovare riposo, talvolta si astengono dal mangiare, pensando così di diminuire la frequenza delle defecazioni; ne risulta un'alterazione dello stato generale, pallore, fatica, inappetenza e dimagrimento.

Questi fenomeni generali mancano o sono molto attenuati nella *rettite cronica;* lo stesso dicasi dei fenomeni dolorosi; le secrezioni sono più dense, più catarrose; è sopra tutto in questa forma che si osservano le alternative di diarrea e di costipazione.

Decorso ed esito. — Il decorso può essere semplice: inizio abbastanza rapido, fenomeni dolorosi, costipazione, poi secrezioni abbondanti, tenesmo, stimoli frequenti, febbre; ben presto le secrezioni diventano meno abbondanti, più spesse, gli stimoli più rari, poi i fenomeni si attenuano e spariscono col ritorno *ad integrum.*

In luogo di finire con la risoluzione, la rettite acuta può passare allo stato cronico; questa si accompagna frequentemente con ulcerazioni ed espone per conseguenza di più alle complicazioni delle rettiti. Queste complicazioni, noi le abbiamo sovente fatte conoscere; perforazione, gangrena, flemmoni, fistole, restringimenti. Notiamo anche gli *ascessi del fegato,* quando vi ha infiammazione delle parti superiori del retto (dissenteria).

Prognosi. — La prognosi è variabilissima, poichè vi sono delle rettiti d'intensità molto diversa. Tuttavia si può dire che la rettite è poco grave per sè stessa, e che ciò che ne può costituire la gravità è l'esistenza di complicazioni. Ora basta aver enunciate queste complicazioni per mostrare che esse sono gravi e che qualcuna può produrre la morte. La rettite secondaria trae la sua gravità da quella dell'affezione primitiva, di cui essa peggiora d'altronde ben sovente il pronostico. Dunque si può dire della prognosi che essa è qualche volta benigna, il più sovente seria e talvolta grave.

Diagnosi. — Per poco che si tenga conto dei fenomeni locali, è abbastanza facile riconoscere o supporre una *rettite,* quand' anche non vi fosse alcun dato anamnestico relativo. Tuttavia l'enterite può dar luogo alla maggior parte dei fenomeni della rettite; così in un certo numero di casi, per accertare la diagnosi, bisognerà ricorrere all'esame locale, per mezzo dell'ispezione dell'ano, dell'esplorazione rettale e dell' applicazione dello *speculum ani.* L'uso di questo strumento potrà in certi casi anche fornire la diagnosi eziologica, permettendo di constatare il rossore uniforme della *rettite catarrale semplice;* i piccoli punti rossi (punteggiature) della *rettite vermicolare;* le ulcerazioni della *rettite cronica.* L'esame collo speculum permetterà ancora di riconoscere se esistono delle lesioni del retto, quando i dati anamnestici, le coliche ed il dolore alla pressione sul decorso del colon, il numero considerevole delle defecazioni, una grande prostrazione avranno fatto fare la diagnosi di dissenteria. Infine talvolta saranno le complicazioni (ascessi, fistole) che condurranno alla ricerca ed alla diagnosi della rettite iniziale.

Cura. — La terapia della rettite varia colla natura, l'intensità e sopra tutto la data dell' affezione. Nella rettite acuta, gli antiflogistici trovano la loro indicazione al principio; i cataplasmi asettici, i clisteri emollienti, i semicupi, i purganti leggeri, l'astenersi, nell'alimentazione, da sostanze irritanti o che possono lasciare nelle feci delle particelle dure e solide. Le sanguisughe applicate al bordo anale sono poco usate al giorno d' oggi. I suppositorii alla belladonna dovranno essere prescritti per calmare i dolori ed i premiti. Incorporandovi del calomelano, si provocherà l'espulsione degli ossiuri.

Nella rettite cronica, i bagni, le irrigazioni non irritanti ed abbondanti saranno di una reale efficacia. Bisognerà aggiungervi l'introduzione di stuelli medicamentosi (stuelli spalmati con vaselina jodoformica). I clisteri astringenti (estratto di ratania, nitrato d' argento 0,05 a 0,25 centigrammi per un quarto di clistere) saranno opportuni nella rettite cronica a forma ulcerativa.

Infine, nella maggior parte dei casi di rettite secondaria, l'infiammazione non cederà fino a tanto che persisterà la causa iniziale (restringimenti, cancri); è dunque contro questa che dovrà essere diretta possibilmente la cura.

[Si aggiunga la pratica di un ano iliaco o cecale temporaneo a cura delle proctiti ribelli (D. G.)].

II.

RETTITE BLENNORRAGICA

Bonnière, Recherches nouvelles sur la blennorrhagie, *Arch. génér. de Méd.*, aprile 1874. — Lebert, *Ziemssen's Cyclopaedia*, vol. VIII, pag. 808. — Rollet, *Dict. encycl. des Sciences médicales.*

Eziologia. — L'esistenza della blennorragia rettale non è sempre stata ammessa, ed ancora oggidì esistono degli autori, in piccolo numero, è vero, che la negano assolutamente. Si ammette bensì la *blennorragia anale*, si riconosce che questa non è rara, ma si nega la blennorragia rettale. Bonnière, nel 1877, non riuscì affatto nei tentativi che fece di inoculazione di pus blennorragico sulla mucosa del retto. Ciò non bastò a rendere convinti, e Vidal de Cassis, Tardieu, Gosselin, pure riconoscendo la rarità della blennorragia rettale, l'ammettevano. Comunque sia, o che la blennorragia rettale sia stata determinata dal contatto diretto del pus blennorragico causato da un pederasta attivo sulla mucosa del retto di un sodomista passivo, o che essa non sia che l'estensione al retto d'una blennorragia anale, ciò non vuol dire che non esista una blennorragia del retto (*gonorrœal proctitis* degli Inglesi). Basta anche l'introduzione d'un dito, d'una cannula infetta, per produrla (Rollet).

Anatomia patologica. — Le lesioni della rettite blennorragica assomigliano molto a quelle della vaginite blennorragica. Dopo aver presentato un rossore vivo uniforme, la mucosa diventa rapidamente granulosa, presentando quei piccoli punti rossi, quell'aspetto così comune alla superficie della mucosa della vagina. Le ulcerazioni sono rare, ed il più ordinariamente le lesioni non si estendono al di là della mucosa.

Sintomatologia. — I sintomi ricordano quelli di ogni rettite, però vi sono alcuni caratteri particolari. Così i sintomi funzionali di peso, dolore, sono poco accentuati; per contro, le secrezioni sono abbondantissime. Lo scolo dell'ano è abbondante, denso, verdastro al principio, poi giallastro, macchia ed irrigidisce la biancheria. Questo scolo provoca attorno all'ano e nel solco intergluteo, come lo scolo vaginale nella donna, un eritema intensissimo che produce un prudore molto fastidioso.

La blennorragia rettale può finire con risoluzione, sovente passa allo stato cronico.

Prognosi. — Essa è benigna. L'infiammazione è superficiale; non ha presa ordinariamente sugli organi vicini, ma è lunga e molto ribelle alla cura.

Diagnosi. — L'esame dell'ano che dimostra delle abitudini di pederastia unito alla confessione del malato in questo senso, l'esistenza d'una blennorragia anale, con sintomi di rettite, conducono alla diagnosi di rettite blennorragica. Tuttavia, per affermare la natura venerea di questa, l'esame batteriologico non è sufficiente, occorrerebbero i risultati positivi d'una inoculazione efficace. Questa potrebbe essere fatta

sopra l'uretra d'un cane, ma si comprende quanto sia difficile, quando coesista una blennorragia anale, poter isfuggire al rimprovero di aver inoculato il pus di questa.

Ciò fa sì che persistano ancora dei dubbi sull'esistenza di una rettite blennorragica. Questi dubbi sono ancora più forti per quanto concerne la *rettite* da ulcera molle e la *sifilitica*, benchè si vedano sovente i sifilomi dell'ano e le placche mucose accompagnarsi con rettite; ma questa può benissimo essere di natura volgare.

Cura. — La cura consiste nell'uso, al principio dell'infiammazione, di emollienti d'ogni natura; si devono prescrivere irrigazioni tiepide frequentemente ripetute. Nell'intervallo delle irrigazioni, si introdurrà e si manterrà nel retto un batufolo spalmato di vaselina jodoformizzata. In un periodo più avanzato, bisognerà ricorrere agli astringenti *intus* (retto) ed *extra* (ano). Il migliore degli astringenti, quello che Guyon ha giustamente chiamato l'« amico delle mucose », è il nitrato d'argento, che accoppia al suo potere astringente un valore antisettico di primo grado. Rollet lo prescrive a dose abbastanza forte (30 centigr. per 10 a 15 grammi d'acqua). Bisogna, almeno sul principio, far uso di dosi più deboli (20 a 25 centigrammi per 100), che si potranno aumentare progressivamente sino a raggiungere 1, 2 e 3 per 100. La cura dovrà essere continuata con perseveranza, perchè l'affezione è il più delle volte molto ribelle alla medicazione, qualunque essa sia.

III.

RETTITE PROLIFERANTE

Paul Hamonic, De la rectite proliférante. Tesi di Parigi, 1885. — P. Reclus, *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*. Parigi 1888, pag. 375. *Arch. gén. de Méd.*, 1885.

La rettite proliferante è un'affezione che non merita, almeno nel suo periodo di pieno sviluppo, il nome di *rettite* e che potrebbe essere benissimo descritta nel capitolo dei tumori del retto, perchè ciò che la caratterizza essenzialmente è la produzione alla superficie della mucosa ano-rettale di tumori di forma e di volume variabili, ma di struttura identica. Però, molti autori la descrivono oggigiorno colle rettiti; essa è frequentemente la conseguenza o di un'infiammazione o di una irritazione della regione ano-rettale: noi la descriveremo dunque trattando delle rettiti.

Storia. — Quantunque conosciuta da lungo tempo per le sue lesioni, la rettite proliferante era stata mal descritta, e confusa con lesioni apparentemente simili e differentissime in realtà.

Fu per lungo tempo collocata dagli autori con tutte le vegetazioni del retto sotto la denominazione di condilomi. Esmarch, Curling e Gosselin avevano avuto però qualche tendenza a separarnela, senza farlo tuttavia. Rokitanski ne fece affatto una confusione.

Tuttavia, dal 1836, Rognetta, sotto il nome di *verruche dell'intestino retto,* aveva nettamente isolate le lesioni della rettite proliferante dalle altre vegetazioni, e Dupuytren, che operò un malato, pensava che queste verruche rettali costituissero una produzione di natura *sui generis*.

Ma bisogna venire ben più presso a noi per vedere nettamente stabilita una distinzione. A P. Reclus torna quest'onore, egli classifica la malattia col nome di *molluschi fibrosi della regione ano-rettale.* Nelle sue *Lezioni cliniche* dell'Hôtel-Dieu, ne dà una descrizione realmente magistrale. P. Hamonic, sotto l'ispirazione di Trélat, consacra allo studio di questo soggetto la sua tesi inaugurale, e dà alla affezione il nome di *rettite proliferante.* Per ragioni desunte dall'anatomia patologica e dalla clinica, Reclus non accetta questa denominazione e mantiene la sua prima denominazione. Ma la rettite proliferante di Trélat e di Hamonic, ed i molluschi fibrosi ano-rettali di P. Reclus non sono che una sola e stessa affezione.

Anatomia patologica. — Essa è semplice; non vi è alterazione della mucosa. Tutta la lesione consiste nell'esistenza, sulla mucosa anale e rettale, sino ad un'altezza variabile, di tumori villosi, di volume e di forma variabile, peduncolati o sessili, non ulcerati e presentanti tutti il medesimo aspetto macroscopico e la stessa costituzione istologica. « La superficie di questi tumori ha un rivestimento epiteliale pavimentoso, al disotto del quale si trova del tessuto connettivo di tipo normale, colle sue fibre elastiche numerose, i suoi fasci di fibre muscolari liscie, i suoi vasi che irrigano il neoplasma in tutti i sensi. Si tratta d'un'iperplasia dei diversi elementi del tegumento colpito; niente può far supporre un'affezione sifilitica; le neoformazioni connettive provocate dalla sifilide sono costituite da un

Fig. 1. — Grandezza naturale. *a*, peduncolo — *b*, lobuli superficiali e sporgenti (Hamonic).

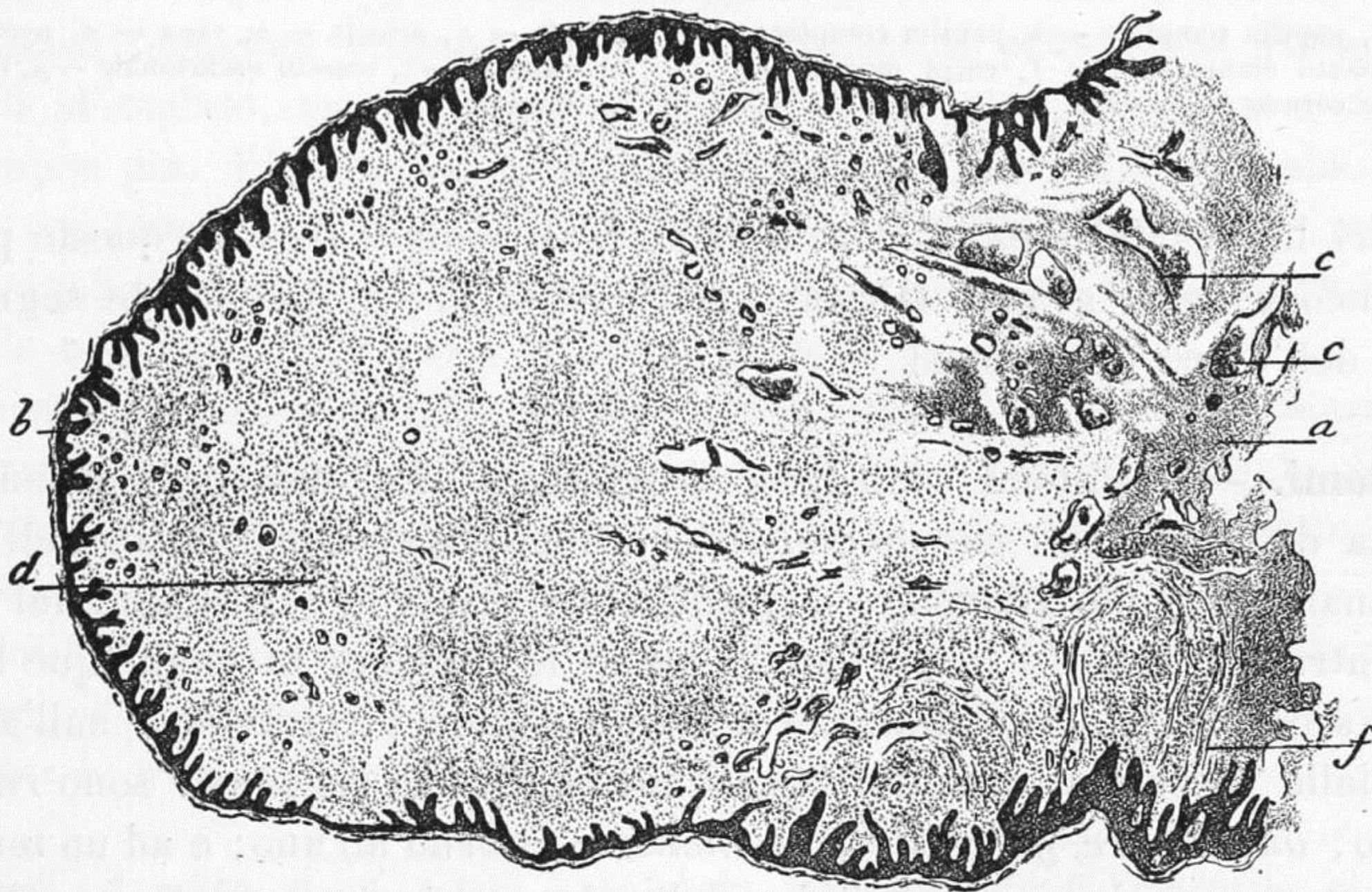



Fig. 2. — *a*, peduncolo — *b*, papille — *c*, vasi — *d*, tessuto embrionale — *f*, tessuto fibroso (Hamonic).

tessuto denso e come cicatriziale; non vi s'incontrano i vasi così numerosi e di aspetto così normale; non vi si produce giammai del tessuto di organizzazione così elevata come i fasci muscolari » (Malassez).

Analoghe sono le constatazioni di P. Hamonic, che riscontra nettamente in questi tumori una produzione *fibro-embrionaria;* egli insiste sull'abbondanza di vasi

arteriosi e venosi poco o punto alterati, e sulla produzione di fibre muscolari. Mette in evidenza il punto capitale dell'*integrità assoluta della mucosa* negli intervalli che separano le produzioni, ciò che secondo Reclus deve far rigettare l'espressione di rettiti.

Questa è insomma la costituzione dei molluschi fibrosi della pelle, ed in particolare di quelli della vulva, che sono pure assai vascolarizzati e ricchi di fibre

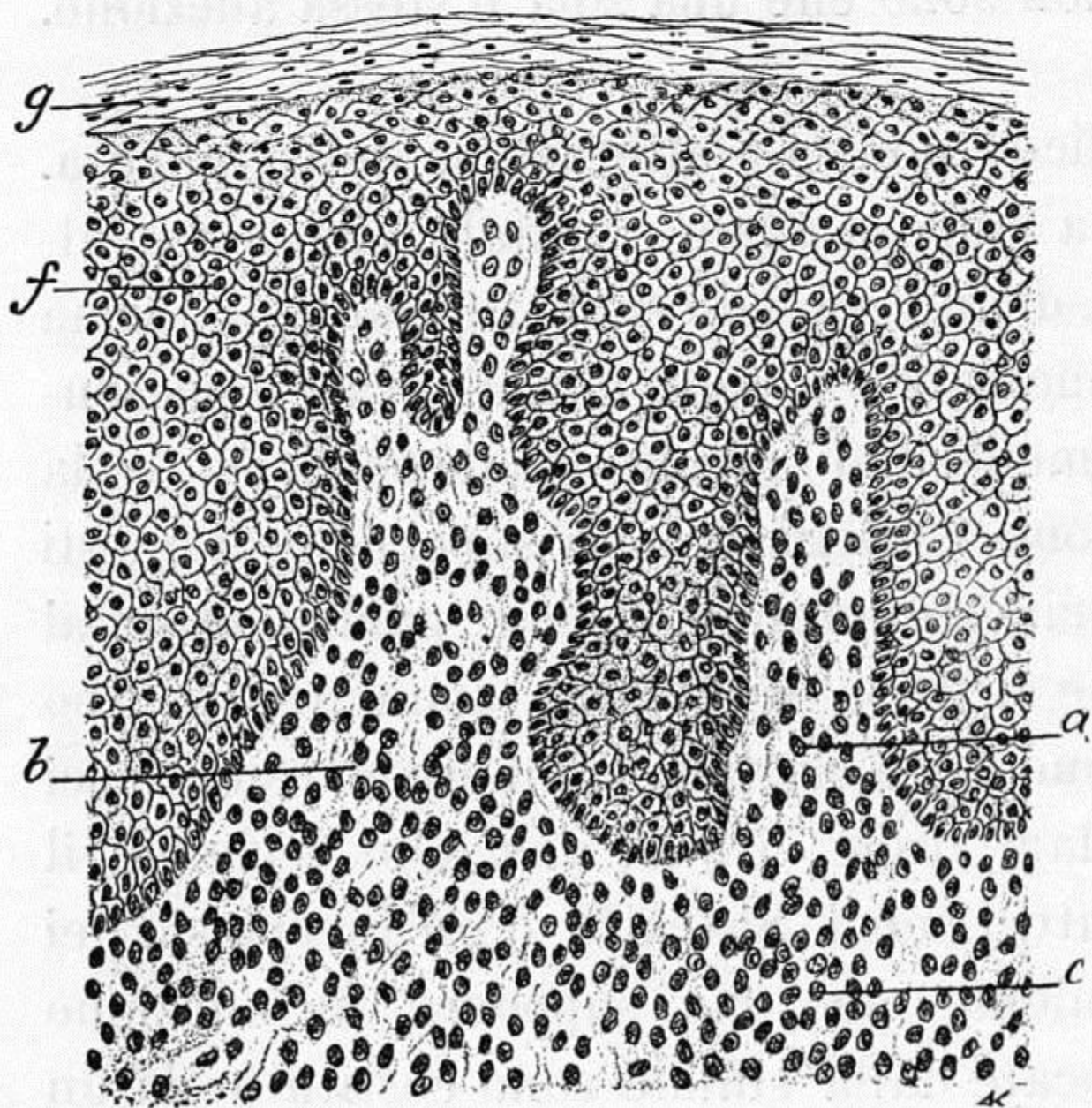



Fig. 3. — *a*, papilla semplice — *b*, papilla composta — *c*, tessuto embrionale — *f*, corpi mucosi — *g*, strato corneo (Hamonic).

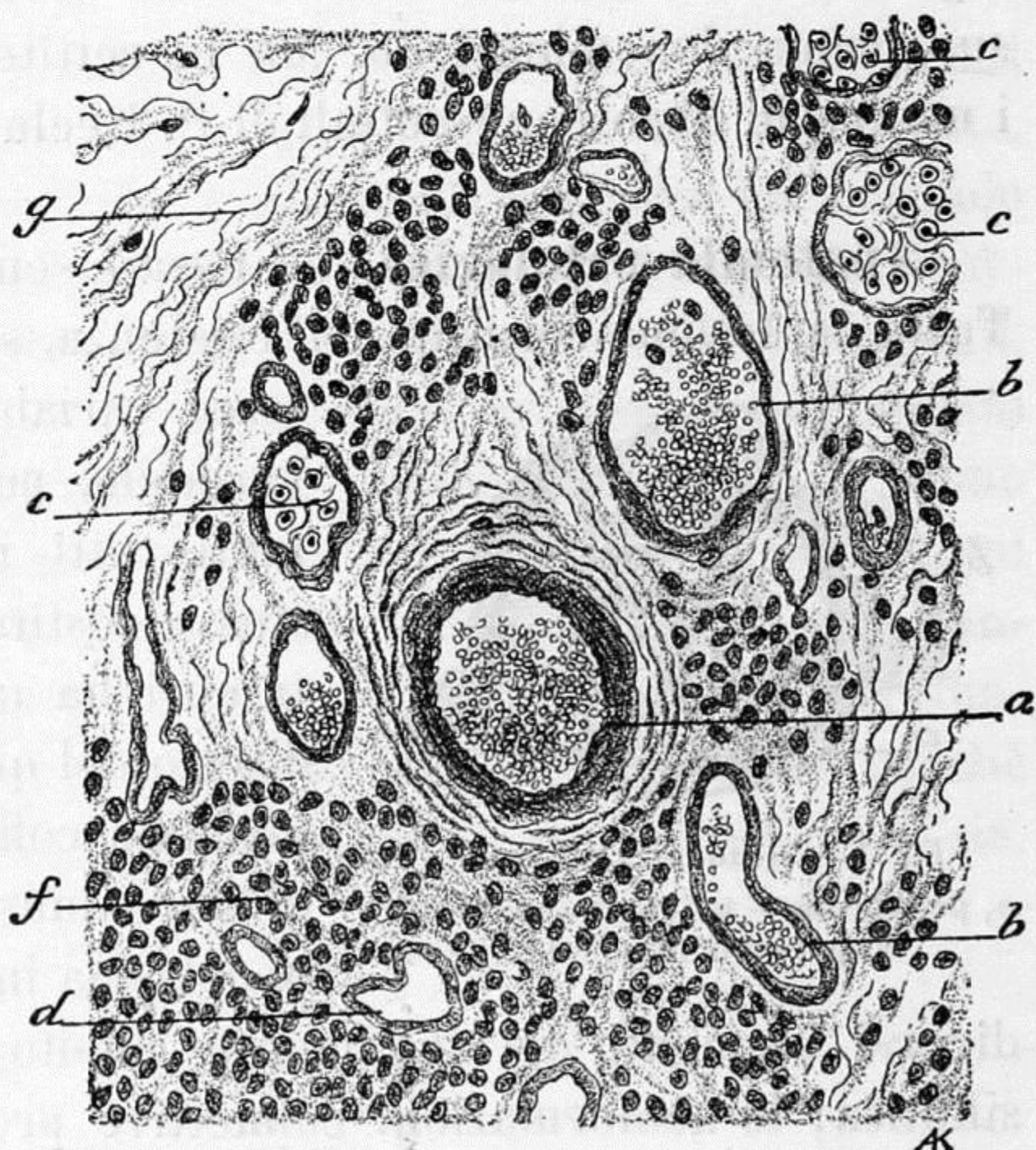



Fig. 4. — *a*, arteria — *b*, vena — *c*, nervo — *d*, vaso linfatico — *f*, tessuto embrionale — *g*, tessuto fibroso (Hamonic).

muscolari liscie (Malassez, Cornil, Dubar). D'altronde si trovano queste produzioni sulla mucosa delle grandi labbra, sulla pituitaria; e Wagner le segnala sulla mucosa dell'utero (P. Reclus).

Sintomi. — I sintomi sono fisici e funzionali. La malattia è essenzialmente costituita da produzioni che hanno sede ordinariamente nel retto, nell'ano e sul bordo anale. Secondo Hamonic, compaiono dapprima le vegetazioni del retto, poi quelle intrasfinteriche e le peri-anali, infine le esterne. In qualunque luogo esse abbiano sede, quando si esaminano ad occhio nudo direttamente sull'ano, o coll'aiuto dello speculum sul retto, esse hanno i caratteri seguenti: sono *rosse*, *rosee* nel retto; *biancastre, grigiastre, pigmentate* attorno all'ano; e ad un tempo *rosee* e *grigiastre*, quando sono al limite delle due regioni. Sovente sessili, talvolta peduncolate; il loro peduncolo può essere gracile e lungo, ciò che ne permetterà l'uscita, oppure grosso e corto.

Il loro volume varia da un grano di miglio a quello d'una nocciuola. In una delle ammalate che io ho osservato, ve ne era del volume di una noce. Sovente sono isolate, ed in piccolo numero; invece in una malata erano talmente numerose che non si potevano contare e per una grande estensione erano veramente confluenti.

Può esistere una sola vegetazione (Reclus). La loro forma è variabilissima; per lo più non ne hanno alcuna speciale, talvolta si avvicinano a quella emisferica; ma possono essere a forma di clava, di pera.

La loro superficie è raramente liscia; più sovente è guernita di produzioni secondarie di forma e di volume variabile: il che dà a qualcuna di queste vegetazioni un aspetto di grappolo compatto.

La loro consistenza è variabile; ora sono dure, tese, renitenti, altre volte molli, floscie, come vuote e paragonabili ad acini di uva vuoti e ridotti alla buccia (Duplouy).

Ricordiamo ciò che abbiamo già indicato, cioè che la mucosa rettale è morbida, molto mobile e le sue pieghe si possono facilmente distendere, il che conferma il suo stato d'integrità.

Hamonic indica tre tipi clinici di vegetazioni; nell'uno, le vegetazioni sono tutte piccole, ed all'esplorazione la mucosa è come granulosa; in un secondo le vegetazioni sono voluminose e dànno al malato la sensazione di un corpo straniero; donde degli sforzi violenti di defecazione che possono, se il tumore è peduncolato, provocarne la procidenza; infine il terzo tipo, il più frequente, è dato da una molteplicità di vegetazioni piccole con alcune vegetazioni più o meno voluminose. Se molti di questi tumori sono peduncolati, possono farsi tutti assieme procidenti, e siccome esistono simultaneamente delle produzioni peri-anali, si presenta quell'ano « paragonabile ad una margherita sbocciata, i cui petali sono i tumori periferici schiacciati, mentre il cuore è rappresentato da uno dei polipi impiantati nel retto » (Duplouy).

All'esistenza di queste produzioni è legato un certo numero di fenomeni funzionali. Questi fenomeni possono essere mascherati al principio e passare quasi inosservati al malato, ma arriverà un momento in cui appariranno e si accuseranno sempre più. Vi sarà un senso di *peso* all'ano, un *dolore* rettale, talvolta *continuo*, con sensazione di calore, di bruciore, di costrizione, più o meno lancinante, talvolta *intermittente* e caratterizzato da premiti, da tenesmo che sopravviene nelle evacuazioni le quali si fanno frequenti.

Sia spontaneamente, ciò che è raro, sia in occasione della defecazione, ciò che è più frequente, sia infine in occasione d'un'evacuazione speciale, il malato emette delle feci *vischiose*, simili a bianco d'uovo, talvolta tinte di sangue. Qualche volta dopo un'evacuazione si produce una piccola emorragia.

Gli sforzi ripetuti e prolungati provocano talvolta un prolasso parziale del retto; questo non si produce tuttavia se non quando lo sfintere è rilassato (sodomia), perchè esso è ordinariamente più o meno contratto.

Decorso ed esito. — L'inizio è subdolo, poi, quando la malattia si caratterizza, si manifestano i fenomeni fastidiosi della rettite.

Se il caso è leggiero e la terapia ben diretta, l'affezione può arrestarsi, retrocedere e scomparire. Talvolta persistono delle vegetazioni, ma esse sono come spente, stazionarie, e non si rivelano per mezzo di alcun disturbo.

Ma l'affezione può progredire ed aggravarsi; allora le vegetazioni diventano più voluminose, le secrezioni più abbondanti; l'epitelio, costantemente bagnato da

esse, s'irrita, s'infiamma e cade, e si fanno delle emorragie. La frequenza delle evacuazioni, i premiti, il tenesmo, rendono la defecazione terribilmente penosa, donde insonnia, inappetenza, disturbi digestivi, ipocondria. Però succedono delle scariche estremamente dolorose, ma che producono un momentaneo sollievo. Infine possono manifestarsi alcune complicazioni. Gli ascessi perirettali (Reclus) e le fistole sono abbastanza rare. In uno dei casi che noi abbiamo osservato, vi era una fistola al gran labbro, che aveva fatto credere ad una bartolinite suppurata. Il prolasso, se non si ha cura di rimediarvi subito per mezzo della riduzione, può produrre l'infiammazione, l'ulcerazione, delle emorragie, e provocare dei violenti dolori.

Prognosi. — La prognosi è dunque seria; senza dubbio l'affezione può essere poco intensa e benigna, ma per poco che essa sia intensa, è grave per la sua tendenza a progredire, per la sua resistenza alla cura e per la frequenza del riprodursi dopo esportate le vegetazioni. Quest'ablazione, se non si ha cura di lasciare intatti dei punti di mucosa, può determinare ulteriormente un restringimento cicatriziale.

Nei casi in cui l'intensità dei fenomeni, la loro persistenza, i dolori, avvelenano l'esistenza del malato, generano l'ipocondria e possono provocare con una ostinata dispepsia una cachessia progressiva, il pronostico diventa gravissimo.

Diagnosi. — La rettite proliferante si presenta con dei caratteri che ne fanno realmente, come diceva Dupuytren, un'affezione *sui generis;* e quando se ne è visto un caso, è facile fare la diagnosi.

Infatti, il *cancro* si differenzierà facilmente per l'età dell'individuo, per gli scoli fetidi, icorosi, saniosi, per l'esistenza d'una massa di un volume notevole, dura, ulcerata, con bottoni resistenti, sanguinante abbondantemente al menomo contatto; l'infiltrazione della mucosa ne abolirà la morbidezza.

I *polipi del retto* costituiscono un'affezione quasi esclusiva all'infanzia. Essi hanno una consistenza molle, e la mucosa non è ricoperta di protuberanze multiple resistenti.

Sul *sifiloma ano-rettale* dobbiamo fermarci un momento, perchè troviamo qui attorno all'ano quel « mazzo di condilomi » che pel professore Fournier è patognomonico del sifiloma. Ma abbiamo già detto che l'analisi istologica differenzia nettamente queste produzioni dalle neoplasie sifilitiche. Inoltre, nel sifiloma la parete del retto infiltrata è diventata rigida, essa non si distende più. Nella rettite proliferante, non vi ha nè l'aspetto sclerosato, nè l'ulcerazione dell'ampolla, nè i bottoni della mucosa, nè le fistole secche, nè infine il restringimento al quale mette capo il sifiloma.

Eziologia e patogenesi. — La rettite proliferante, senza essere frequente, è meno rara di quanto si potrebbe credere. È un'affezione dell'*età adulta,* che pare un po' più frequente nella donna che nell'uomo. I due malati che noi abbiamo avuto l'occasione di osservare erano due donne; quanto alle cause occasionali, esse sono variabilissime. Quando si indagano le affezioni che hanno preceduta od accompagnano la rettite proliferante, si trova: la *fessura anale* (Reclus, 1 caso),

la *rettite dissenterica*, degli *ascessi tubercolari* (Trélat), delle *emorroidi*, delle *fistole ribelli*. In altri casi esistevano *sifilodermi del bordo anale*, delle *placche mucose* (Trélat), dei *cancri;* molte volte si è notata l'esistenza preliminare della *blennorragia* ano-rettale. Infine, in buon numero di osservazioni, la rettite proliferante si è mostrata in individui dati alle pratiche della sodomia passiva.

Così si vede che l'eziologia venerea sembra avere una parte importante nella produzione della rettite proliferante; di qui la tendenza di qualche autore a fare di quest'affezione una malattia venerea.

Ora, da una parte, noi l'abbiamo vista svilupparsi in seguito ad affezioni che non hanno niente di venereo: la ragade, le fistole, la dissenteria. Segond ha anche dimostrata la frequenza di vegetazioni anali nei vecchi prostatici; d'altra parte, l'esame istologico di queste produzioni le differenzia nettamente dalle formazioni sifilitiche e veneree. Ma è innegabile che le vegetazioni della rettite possono succedere a fatti venerei. In questo caso, l'affezione non ha niente di venereo, essa è dovuta ad un'infiammazione banale, proliferante, di cui la lesione venerea o sifilitica è stata l'occasione; di maniera che esiste una rettite proliferante d'origine *non venerea* ed una rettite proliferante d'origine *venerea;* questa identica a quella e punto venerea per sè stessa.

Cura. — Secondo l'intensità della malattia, la cura sarà *palliativa* (casi leggieri) od *operatoria* (casi gravi). Se il caso è leggero, basta prescrivere i bagni, i piccoli clisteri emollienti, le irrigazioni non irritanti, i suppositorii alla belladonna. Questi piccoli espedienti, sopra tutto se non esiste più la causa, basteranno ad arrestare lo sviluppo dell'affezione ed anche a produrne la guarigione.

Ma se il caso è grave, se la proliferazione è attiva, abbondante, voluminosa, bisogna intervenire chirurgicamente. L'intervento consiste nell'asportare col ferro rovente i tumori vegetanti avendo cura di rispettare dei ponti di mucosa per evitare il restringimento ulteriore. Ma, per arrivare sui tumori, bisogna farsi una via che li renda accessibili. A questo scopo, si è consigliata la rettotomia lineare posteriore, e Duplouy (di Rochefort) vi ricorse nel suo caso. Noi pensiamo, col nostro maestro Trélat, che non bisogna ricorrere alla rettotomia che in caso di necessità assoluta. Nella maggioranza dei casi, la dilatazione, sotto il cloroformio, dello sfintere, sarà sufficiente. Questa non impedirà l'uso di irrigazioni asettiche non irritanti, sarà accompagnata da medicazioni locali coll'aiuto di batufoli spalmati di vaselina jodoformizzata. Infine si dovrà prevenire e sorvegliare la recidiva.

IV.

FLEMMONI ED ASCESSI PERIRETTALI

Il tessuto cellulare che circonda il retto è raccolto in due loggie virtuali, d'estensione e d'importanza differente, e situate l'una al disopra dell'elevatore dell'ano, spazio *pelvi-rettale superiore* di Richet, l'altra ben più considerevole, al disotto dell'elevatore, spazio *pelvi-rettale inferiore* dello stesso autore; questo

ultimo spazio è più generalmente chiamato *fossa ischio-rettale.* L'elevatore dell'ano è dunque la barriera anatomica che separa questi due spazi; nelle infiammazioni, è una barriera patologica, dimodochè noi abbiamo da fare due capitoli, cioè: 1° i *flemmoni* o gli *ascessi* dello spazio *pelvi-rettale superiore;* 2° i *flemmoni* e gli *ascessi* della *fossa ischio-rettale.*

FLEMMONI ED ASCESSI DELLO SPAZIO PELVI-RETTALE SUPERIORE

GOSSELIN, *Clinique de la Charité.* — LANNELONGUE, Soc. di Chir., 1878. — S. POZZI, Tesi di Parigi, 1873. — RICHET, *Anatomie médico-chirurgicale.* — VASY, Tesi di Parigi, 1879.

Considerazioni anatomiche. - Eziologia. — Lo spazio pelvi-rettale superiore è in connessione: in avanti, colla prostata e colle vescicole; all'indietro colle ghiandole linfatiche della parte inferiore del meso-retto, e col sacro; infine si estende attorno alla prima porzione del retto, tra esso e le aponeurosi pubio-rettali. Queste connessioni ci dànno ragione dell'origine delle suppurazioni dello spazio pelvi-rettale superiore. La dissezione attenta di questo spazio virtuale mostra che si può dividerlo in due loggie distinte anatomicamente; e le infiammazioni rispettano sovente il setto che le separa. L'una di queste loggie, poco estesa, contenente poco tessuto cellulare, è anteriore; è quella che è in connessione diretta colle vie genito-orinarie; l'altra loggia contiene una massa ben più abbondante di tessuto cellulo-adiposo: rispetto all'intestino essa è postero-laterale.

Le infiammazioni dello spazio pelvi-rettale superiore sono raramente *primitive;* ordinariamente sono *secondarie* e succedono ad un'infiammazione delle vicinanze. Ora, le infiammazioni delle parti vicine possono essere riunite in due gruppi, secondo che sono di origine *intestinale* o d'origine *non intestinale.*

Nel primo gruppo entrano la costipazione, la coprostasi, segnalata da Richet e Vasy come causa di questa varietà di flemmone; le rettiti croniche (Pozzi) e particolarmente le rettiti ulcerose (Perier), infine i traumatismi, le ferite da corpi estranei, possono provocare un'infiammazione peri-rettale.

Queste infiammazioni d'origine intestinale provocano il flemmone della loggia posteriore dello spazio pelvi-rettale. È pure in questa loggia che compaiono i flemmoni e gli adeno-flemmoni dovuti alle linfangiti ed alle adeniti sviluppate in questa regione per qualunque causa. Le emorroidi, le ulcerazioni anali possono in questa maniera provocare tale manifestazione.

Nel primo gruppo sono ancora comprese le infiammazioni e le suppurazioni croniche e fredde di questo spazio che si possono osservare nel caso di *lesioni tubercolari* del sacro, dell'osso iliaco o della colonna vertebrale. Per la loro origine queste infiammazioni si localizzano nella loggia postero-laterale.

Nel secondo gruppo sono comprese tutte le infiammazioni acute o croniche, calde o fredde, volgari o diatesiche, dell'apparato genito-orinario: vescica, prostata, uretra, vescicole seminali, utero, annessi. Segond le ha indicate a proposito degli ascessi caldi della prostata; l'infiltrazione d'orina nella loggia perineale profonda può estendersi allo spazio pelvi-rettale superiore. Queste infiammazioni del secondo gruppo determinano il flemmone della loggia anteriore; dimodochè dal punto

di vista patologico, la loggia anteriore è la loggia *genito-orinaria;* la loggia posteriore è la loggia *ano-rettale* e *sacro-iliaca.* La patologia è d'accordo coll'anatomia per separare queste due loggie.

Anatomia patologica. — Le lesioni sono quelle delle infiammazioni in generale; il processo, in questi flemmoni, è assai sovente cronico e si accompagna, in causa della vicinanza, con una infiammazione peritoneale, con pseudomembrane, con aderenze, ispessimenti. Nell'infiltrazione d'orina, si può osservare la *gangrena* del tessuto cellulare. Questo tessuto scompare pure nel caso di suppurazione; ed anche gli ascessi di questo spazio possono dar luogo a una varietà di *fistole dell'ano.*

Allorchè la flemmasia ha per origine una tubercolosi, vertebrale, sacrale, iliaca, una sacrocoxalgia, si osservano ben più soventi quelle fistole con tragitto estremamente profondo che vanno spesso ad aprirsi assai lontano dall'ano verso la natica. In tutte le suppurazioni dello spazio pelvi-rettale il pus si fa strada verso l'ano e la regione perineale posteriore; in avanti, esso incontra un ostacolo, se non invincibile, sovente efficace, nell'aponevrosi prostato-peritoneale di Denonvilliers. D'altronde, nella sua migrazione verso l'esterno, il pus fa diverse tappe; una di esse è la traversata della fossa ischio-rettale, di cui provoca il flemmone.

Sintomatologia. — I sintomi sono *fisici* o *funzionali.*

I sintomi *funzionali* possono essere pochissimo spiccati o talmente vaghi che possono riferirsi a tutt'altra affezione; la risoluzione non essendo rara, possono scomparire prima che la diagnosi sia stata chiarita (Richet). Oltre alla possibilità della risoluzione, bisogna anche ricordare che le infiammazioni osteopatiche sogliono dare poche manifestazioni della loro presenza. Così è ben sovente un ascesso esterno, od una fistola, che fanno scoprire come lo spazio pelvi-rettale superiore sia stato primitivamente ammalato.

Però, se la flemmasia è un po' estesa, se il processo è acuto, si incontra generalmente un certo numero di sintomi *funzionali* e *fisici* d'intensità variabile. I sintomi funzionali sono il *dolore*, la *febbre*, i *disturbi nella defecazione*, i *disturbi digestivi.*

Il *dolore* è ordinariamente vago, male caratterizzato; è piuttosto un *senso di peso* verso il retto o verso il sacro; possono tuttavia aversi delle *irradiazioni* più vive verso il basso ventre, gli inguini, i lombi.

La *febbre* è raramente accentuata, ed il più delle volte non attira l'attenzione: diventa manifesta nel caso di suppurazione. Si vedono allora comparire quelle grandi oscillazioni caratteristiche con brividi ripetuti, tinta subitterica dei tegumenti e particolarmente delle congiuntive.

I *disturbi nella defecazione* sono sovente i soli che attirano l'attenzione e che inducono ad esaminare il retto. La stipsi è ostinata; il malato non va di corpo se non ogni quattro, cinque e più giorni; egli paventa questo momento che gli strappa sovente delle grida di dolore. In alcuni casi, il solo passaggio dei gas risveglia il dolore. Dopo questa stipsi ostinata, si può vedere ad un tratto sopravvenire la *diarrea.* Questa si presenterà quando da qualche giorno esisteranno ed i

brividi ripetuti e le grandi oscillazioni che sono l'indizio certo della suppurazione, e la diarrea sarà dovuta all'apertura dell'ascesso nel retto. Quindi le materie fecali saranno impregnate di *pus* e di *sangue*, nello stesso tempo che questa evacuazione apporterà una mitigazione dei fenomeni generali ed anche dei locali.

I *disturbi digestivi* sono da principio poco marcati, l'appetito è mediocre, le digestioni difficili, il ventre tumido. Questi sintomi acquistano la loro più grande intensità quando vi ha suppurazione e quando questa suppurazione si prolunga.

Alcuni altri fenomeni possono mostrarsi *eccezionalmente;* così la ritenzione d'orina, sì frequente d'altronde nelle infiammazioni delle vicinanze dell'apparato orinario.

I *sintomi fisici* sono quelli che permetterà di raccogliere soltanto l'*esplorazione rettale*. Il dito introdotto nel retto abbastanza profondamente troverà una *tumefazione* calda, fluttuante o renitente, qualche volta con movimenti pulsatorii, dolorosa alla pressione, risiedente sia in avanti, sia all'indietro.

In *avanti,* essa sarà elittica col grande asse verticale; all'*indietro* essa ha la forma d'una mezzaluna il cui centro è la linea mediana posteriore, ed i cui estremi si prolungano ai lati del retto.

Decorso ed esito. — Dal punto di vista del decorso, il flemmone può essere *acutissimo, acuto, subacuto* e *cronico.*

Il flemmone è *acutissimo* quando è dovuto al passaggio nel tessuto cellulare di prodotti intestinali o di orine alterate da una antica infiammazione delle vie orinarie. In questo caso noi abbiamo i fenomeni dei flemmoni gangrenosi collo sfacelo, coi vasti scollamenti, la cellulite pelvica, coi gravi fenomeni generali, temperatura elevata, sconcerti digestivi rapidamente intensi, inappetenza, vomiti, diarrea, setticemia infine con un decorso più o meno rapido secondo i casi e morte. Certe infiltrazioni d'orina, i traumatismi accidentali o chirurgici del retto sono le cause di gravi flemmoni, nei quali d'altronde il flemmone dello spazio pelvico-rettale superiore non è che accessorio.

Il flemmone *acuto,* in particolare quello che mette capo abbastanza rapidamente alla suppurazione, non è pure molto frequente. Quando la suppurazione siasi costituita, ora molto rapidamente e senza circondarsi di essudati plastici, ora più lentamente, nel qual caso può restare più o meno a lungo racchiusa dentro tessuti ispessiti, il pus dovrà evacuarsi verso l'esterno. Come succede sempre nel caso di suppurazioni profonde, esso seguirà per ciò la via che gli offre meno ostacoli. Se la suppurazione è stata rapida, le aponeurosi perineali resisteranno, il pus troverà delle difficoltà ad attraversare l'elevatore, non potrà portarsi in avanti attraverso l'aponeurosi prostato-peritoneale, ed allora lo si vedrà, o fare irruzione nel *retto,* fatto di cui abbiamo indicato i sintomi e che può essere un esito favorevole; oppure potrà rimontare in alto, nel tessuto cellulare della *fossa iliaca,* e comparire nelle vicinanze dell'arcata crurale. Questa propagazione si osserva specialmente nella donna.

Più sovente, essendo il processo stato meno rapido, il pus si infiltra attraverso all'elevatore, guadagna la fossa ischio-rettale, di cui provoca la suppurazione (ascesso a bisaccia), infine si apre la via nelle vicinanze dell'ano sia lateralmente, sia all'indietro.

Più di rado l'apertura si fa nella vescica, nell'utero, nella vagina; eccezionalmente il peritoneo è invaso; inutile insistere sull'importanza di questa complicazione, fortunatamente assai rara.

Ma ciò che bisogna notare in tutti i casi di apertura all'esterno, ed anche in una cavità naturale, è la grande tendenza che hanno queste aperture a restare allo stato di *fistole*. Talvolta queste fistole sono momentanee e scompaiono rapidamente con una guarigione definitiva; più soventi persistono, ma hanno un tragitto anfrattuoso, la cavità si svuota male, si manifestano fenomeni di ritenzione, od anche delle infezioni secondarie; ed allora compaiono i sintomi della febbre etica, della setticemia cronica, e conducono a poco a poco il malato al marasma ed alla morte.

Il processo può essere infine *subacuto* o *cronico*. Soltanto in capo a più settimane, anche a più mesi, compare l'ascesso esterno e si stabiliscono le fistole (Pozzi). Qualche volta anche, il decorso è talmente lento che non dà segno di sè; l'infiammazione si rivela con infiltrazioni che determinano una costipazione ostinata; il retto può restringersi al punto da richiedere una rettotomia lineare posteriore, in occasione della quale si vede una piccola quantità di pus farsi strada all'esterno. Questo pus degli ascessi parietali è sempre, come quello di tutti gli ascessi che stanno presso al tubo digerente, *fetidissimo*.

Gli ascessi osteopatici hanno un decorso essenzialmente cronico.

Prognosi. — Il flemmone dello spazio pelvico-rettale superiore è un'affezione seria sempre, grave sovente, sia per sè stesso, sia per le cause che lo hanno determinato, sia per le complicazioni che possono peggiorarlo.

Senza dubbio, esso può finire con una risoluzione, ma può suppurare ed allora può produrre la morte per setticemia, anche nei casi più favorevoli (apertura nella vagina o nel retto). Noi non ritorneremo sulla gravità del flemmone gangrenoso.

Gli ascessi osteopatici hanno per sè stessi una gravità minore, ma sono gravi per l'affezione, il più sovente incurabile, che attestano. Quando il focolaio ascessuale si trova in rapporto coll'intestino, siccome non ha nessuna tendenza a restringersi, le materie intestinali vi penetrano, ed accelerano considerevolmente l'esito fatale.

Diagnosi. — Noi abbiamo detto che il flemmone dello spazio pelvi-rettale superiore, poteva, pel suo silenzio, passare inosservato. Tuttavia è raro che non determini una costipazione ostinata con evacuazioni rare e dolorosissime. In tal caso se non si fa la diagnosi, è per insufficienza di esame. Infatti l'*esplorazione rettale* condurrebbe quasi infallantemente alla diagnosi; bisogna dunque per poco che l'attenzione sia attratta da questo lato, ricorrere a questo modo d'esplorazione, che permetterà di riconoscere il flemmone, la sua sede, lo stato di suppurazione per mezzo della fluttuazione, lo stato delle parti circonvicine. L'esplorazione dovrà ancora essere praticata quando abbia luogo una evacuazione di pus dal retto; il dito introdotto abbastanza in alto potrà sentire l'apertura dell'ascesso ed uscirà imbrattato di pus.

Tuttavia si potrà essere indecisi sulla sede precisa dell'ascesso dopo che si sarà aperto nel retto; allora bisognerà esaminare con cura il modo con cui si fa l'evacuazione del pus: secondo J.-L. Petit, se il pus *precede* l'uscita del bolo fecale, si tratta d'un ascesso peri-rettale inferiore: se *succede* al passaggio del bolo fecale, si tratta d'un ascesso delle parti più elevate.

Ma spesso si è chiamati tardivamente, nel periodo delle fistole, per fare la diagnosi; bisognerà allora esplorare con cura queste fistole coll'aiuto d'uno specillo da una parte e dell'esplorazione rettale dall'altra. Si vedrà allora lo specillo penetrare ad una grande profondità, 12 a 15 centimetri. In luogo di dirigersi rapidamente verso l'intestino, esso camminerà *parallelamente* ad esso; qualche volta anche se ne allontanerà (lesione ossea). È ben raro, nel caso di fistola osteopatica, che si arrivi sino all'osso, coll'aiuto dello specillo; ma l'esame attento del sacro, dell'articolazione sacro-iliaca, unito all'anamnesi, agli antecedenti, alla direzione dello specillo, alla natura delle secrezioni (siero-purulenta, qualche volta con particelle ossee), condurrà il più sovente alla diagnosi.

L'esame degli organi circonvicini dovrà, per confermare la diagnosi e per istituire la terapia meglio opportuna, completare i dati forniti dall'esplorazione rettale.

Cura. — La cura è variabile secondo la natura e l'intensità del flemmone.

Essa è *preventiva* o *curatrice*.

Nel caso di rettite, d'infiammazioni peri-vescicolari, peri-prostatiche, ecc., si dovrà coi mezzi adatti, bagni, clisteri, purganti leggeri, antiflogistici varii, cercare di prevenire questa complicazione.

Ancora agli antiflogistici ed ai purganti leggeri con irrigazioni rettali si potrà ricorrere quando siasi constatata presso al suo esordio l'esistenza del flemmone.

Ma se i fenomeni generali da una parte, l'esame locale dall'altra, indicano che vi ha suppurazione, la terapia sarà senza indugio più attiva; sotto il cloroformio, si dilaterà l'ano, ed aiutandosi collo *speculum* si inciderà direttamente per la via del retto la raccolta purulenta, seguendo esattamente il processo che ha indicato Segond per gli ascessi caldi della prostata (*a*).

Se si tratta d'un vasto flemmone, d'una cellulite pelvica, si praticheranno ampie incisioni; disgraziatamente il campo operatorio qui non è favorevole, e malgrado l'intervento scoppiano e si svolgono gravi complicazioni.

Se l'intervento è richiesto soltanto dopo l'apertura spontanea, allora la cura dell'infiammazione dello spazio pelvi-rettale superiore entra in quella delle *fistole*, che noi esamineremo più sotto. Diciamo semplicemente che se si tratta d'una lesione osteopatica, la cura generale della tubercolosi dovrà camminare di pari passo con quella chirurgica da istituire in tal caso (raschiamento, abrasioni, cauterizzazioni).

(*a*) [Riteniamo risponda meglio alle esigenze dell'antisepsi l'apertura con incisione a strati, pararettale (e prerettale per gli ascessi prostatici) (D. G.)].

V.

FLEMMONI DELLA FOSSA ISCHIO-RETTALE

De Barau, de Muratel, De l'incision des abcès ano-rectaux. Tesi di Parigi, 1886. — Chassaignac, Traité de la suppuration. — Meloche, Des abcès ano-rectaux et de leur traitement. Tesi di Parigi, 1887. — D. Mollière, Traité des maladies de l'anus et du rectum. Lione 1877. — P. Reclus, *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1888. — Richet, Éléments d'anatomie médico-chirurgicale.

Considerazioni anatomiche ed eziologia. — Fra il retto da una parte, e la faccia interna dell'ischio coperta dal muscolo otturatore interno e dalla sua aponevrosi dall'altra, al disotto della parte posteriore del muscolo elevatore dell'ano esiste uno spazio abbastanza vasto pieno di tessuto cellulo-adiposo lasso: è la fossa ischio-rettale. Essa esiste ai due lati del retto, e le due fosse sono riunite all'indietro del retto da un tessuto più denso, il quale permette, dopo un certo tempo, la propagazione delle infiammazioni dall'una all'altra parte. Al davanti la loggia va impiccolendosi ai lati della prostata, all'infuori delle aponevrosi pubio-rettali, e penetra pure nel triangolo *retto-uretrale*. In basso, essa è limitata dal muscolo grande gluteo, sotto il quale si prolunga. Attorno allo sfintere esterno, trovasi in continuità col tessuto cellulare sottocutaneo. Allorchè si disseca il perineo, e, dopo aver tolta la pelle, si è arrivati sul primo strato muscolare, è facile svuotare completamente le due fosse ischio-rettali della loro atmosfera adiposa; allora compare tutta la terza porzione del retto, circondata dal suo sfintere in basso, libera in mezzo dello spazio, simile ad un « battaglio di campana », collegata nondimeno col perineo anteriore per mezzo dell'intersezione delle fibre dello sfintere esterno coi muscoli trasversi e coi bulbo-cavernosi. Lo spazio, in mezzo del quale si trova così isolato il retto, è formato da pareti fibrose od ossee, la cui posizione è assolutamente immutabile. Dunque, se il tessuto cellulare delle fosse ischio-rettali viene ad essere distrutto, non potendo l'ischio andare verso il retto, bisognerà necessariamente, affinchè sparisca la cavità formatasi, che il retto vada verso l'ischio. Questa semplice considerazione anatomica ci dà ragione dell'esito con *fistole*, che è la regola in questa varietà di ascessi, e suggerisce il modo stesso dell'intervento chirurgico.

Abbiamo visto che la fossa ischio-rettale è in continuità diretta col tessuto sottocutaneo, all'intorno dello sfintere esterno. Gli ascessi della fossa ischio-rettale fanno sporgenza nelle vicinanze dell'ano; quindi molti autori li annoverano fra gli *ascessi ano-rettali*. È ciò che fece Reclus, in particolare. Nella sua classificazione, sulla quale avremo occasione di ritornare, essi costituiscono il gruppo degli *ascessi extra-sfinterici*.

A nostro avviso, avendo questi ascessi un'origine il più delle volte rettale o perirettale, costituiscono degli ascessi perirettali non diversamente degli ascessi dello spazio pelvi-rettale superiore; è perciò che noi, dietro l'esempio di alcuni autori, particolarmente del professore Guyon nelle sue lezioni alla Facoltà (1888), abbiamo creduto dover raggruppare queste due varietà di ascessi per farne il capitolo degli *ascessi perirettali*.

I flemmoni della fossa ischio-rettale, data l'estensione di questa cavità cellulo-adiposa, costituiscono delle gravi flemmasie; gli ascessi a cui dànno luogo sono, con ragione, nelle *Memorie dell'Accademia reale di Chirurgia,* qualificati per *grandi ascessi* (Fagot). Noi vedremo più avanti quali sconcerti essi possono produrre.

Le *cause* che determinano i flemmoni della fossa ischio-rettale sono varie, e, secondo l'origine, il flemmone è *primitivo* o *secondario.*

È *primitivo* quando succede ai *traumatismi:* perforazione del retto con una cannula di siringa (Malgaigne), con un corpo straniero venuto dall'alto (pezzo d'osso, spina di pesce), o con un corpo straniero introdotto per l'ano a scopo lascivo. Il flemmone può ancora essere determinato dal passaggio d'un esploratore uretrale che abbia prodotta una falsa strada.

Ben più sovente il flemmone è *secondario* ed ammette un'origine *rettale, perirettale,* di *vicinanza,* o *generale.* Tutte le rettiti, *semplici* o *diatesiche,* mediche o chirurgiche, possono determinare un flemmone, e ciò in due modi: per *propagazione* (rettite parenchimatosa, rettite flemmonosa, rettite gangrenosa), o per *perforazione* (ulcerazione). In questo caso l'andamento del flemmone è tutt'altro, d'onde le due specie di flemmoni: il flemmone *semplice* ed il flemmone *gangrenoso.* L'infiammazione delle pareti del retto per le vene colpite da flebite (emorroidi) può estendersi alla fossa ischio-rettale e determinare un flemmone semplice. È per mezzo d'una *rettite ulcerosa* che gli stringimenti del retto si complicano con ascessi della fossa ischio-rettale.

I flemmoni d'origine *perirettale* sono quelli che succedono alle infiammazioni degli organi genito-orinarii dell'uomo. La prostatite acuta (Segond), la vescicolite, la pericistite possono dare loro origine. L'*infiltrazione d'orina* per una rottura dell'uretra posteriore può invadere anche la fossa ischio-rettale e, causa l'alterazione delle orine frequente in tal caso, determinare un flemmone gangrenoso.

Tra i flemmoni secondari per *vicinanza* annoveriamo quelli che sono consecutivi al flemmone dello spazio pelvi-rettale superiore (ascessi a bisaccia) e quelli che succedono ad un flemmone del margine dell'ano propagatosi profondamente. Infine la fossa ischio-rettale, tanto quanto lo spazio pelvi-rettale superiore, può essere la sede di *ascessi freddi,* dovuti ad una lesione del bacino, e può dar passaggio alle *fistole osteopatiche* (Hawkins, Velpeau).

Quanto ai flemmoni da *causa generale,* possono aversene tutte le varietà che si osservano nel corso o durante la convalescenza delle febbri gravi (febbre tifoidea, febbri eruttive).

Diciamo, nel terminare questa eziologia, che non è raro che il flemmone sia sopravvenuto senza causa apprezzabile; è a questi flemmoni che si dà il nome di *idiopatici* e *spontanei,* indicando con ciò, non che in verità siano spontanei, ma che la loro causa sfugge alla nostra osservazione. In tal caso sono quasi sempre imputabili alla *tubercolosi.*

Anatomia patologica. — Le lesioni sono banali; sono quelle di qualsiasi infiammazione del tessuto cellulare. Il pus contiene sovente delle masse più o meno considerevoli di tessuto cellulare in isfacelo. Vi si trova talvolta anche il corpo estraneo che è stato la causa della malattia. Col pus vi si può trovare, secondo

i casi, dell'orina e dei gas. Questi si osservano sopra tutto nel flemmone *gangrenoso*. Quando il pus si è formato, cerca di uscire all'esterno, ma il tessuto cellulare peri-anale che mette l'atmosfera del cavo ischio-rettale in comunicazione col tessuto cellulare sottocutaneo, è denso (aponeurosi ano-rettale di Velpeau) e resiste lungo tempo all'invasione. Il pus allora si trova respinto sotto il grande gluteo, verso le borse, seguendo le radici dei corpi cavernosi, ed anche nello spazio pelvi-rettale superiore attraverso l'elevatore dell'ano. Chassaignac aveva dato a queste propagazioni il nome di *diverticolo gluteo*, *perineale* e *pelvico*. Il pus può evacuarsi nel retto, ma può anche passare da una fossa ischio-rettale all'altra: *ascesso a ferro di cavallo*. Tutto ciò può osservarsi sullo stesso individuo e produrre così, secondo l'espressione di Chassaignac, una vera *devastazione* in cui il retto è dissecato, il tessuto cellulare distrutto, i muscoli messi a nudo, le aponevrosi perforate, l'intestino ulcerato. E, in queste cavità, si vede talvolta una mescolanza infetta di pus, di gas, di detriti organici e di materie fecali, e il tutto si svuota incompletamente per l'ano, attraverso uno o più *tragitti fistolosi* che si formarono dopo *scollamenti* sottocutanei più o meno vasti. Io ho testè osservato un malato condotto all'ospedale in queste condizioni; egli non sopravvisse a lungo.

Sintomatologia. — Divideremo i sintomi in *locali* e *generali*.

I sintomi *locali* sono *fisici* e *funzionali*.

Localmente, il malato prova una sensazione di peso, di tensione, di calore, con o senza trafitture. Il *dolore*, poco spiccato dapprincipio, sordo, continuo, diventa più intenso, con esacerbazioni ed irradiazioni nella coscia, verso gli organi genitali esterni.

La stipsi è di regola, salvo il caso in cui vi è apertura dell'ascesso nel retto: allora compare *diarrea* con pus nelle materie; la *defecazione* è estremamente dolorosa. Frequentemente si osserva *disuria*.

Malgrado il decorso ordinariamente rapido del morbo, la *fluttuazione* è tardiva, e sarebbe un esporsi a gravi errori l'attendere che essa diventi manifesta. Sopra uno dei lati dell'ano compare una tumefazione con rossore progressivo; questa tumefazione, dolorosissima alla pressione, è resistente, anche quando il pus è già formato; però, in questo momento, vi ha edema, e la pressione lascia un'impronta. Un po' più tardi, i tegumenti si sollevano di più, diventano lisci, azzurrognoli; in questo momento, il pus è sottocutaneo e ben presto si presenterà all'esterno.

Questo pus è d'un estremo fetore; noi ne abbiamo già indicata la causa (vicinanza del tubo digerente); sovente è mescolato con gas, anche quando non vi è perforazione dell'intestino. La presenza di questi gas spiega come la tumefazione sia talvolta sonora alla percussione.

Nulla diremo dell'esplorazione rettale, perchè essa è press'a poco impraticabile. Se si arriva ad introdurre l'indice, si potrà più agevolmente, palpando nello stesso tempo la superficie tumefatta, constatare la fluttuazione.

Ma, abbiamo già detto che non è necessario che questa fluttuazione si manifesti perchè l'affezione si caratterizzi. Infatti, noi siamo qui in presenza d'un vasto flemmone esteso dal coccige alla radice delle borse, dall'ano all'ischio e che per

conseguenza si accompagna con *fenomeni generali* gravi e caratteristici. Vi ha *febbre* e la temperatura può elevarsi a 40 gradi con *subdelirio;* il polso è frequente; i *disturbi digestivi* sono marcatissimi: inappetenza, sete viva; la lingua è qualche volta secca, fuliginosa, come in tutti gli stati febbrili gravi.

Decorso ed esito. — Dal punto di vista del decorso, il flemmone della fossa ischio-rettale, è per lo più *acuto,* talvolta *subacuto,* frequentemente *gangrenoso.*

Il flemmone comincia con fenomeni mal definiti, ma che si accentuano in capo a quattro o cinque giorni. Da questo momento l'esacerbazione dei fenomeni dolorosi, le oscillazioni della temperatura, la faccia terrea, indicano la suppurazione, malgrado l'*indurimento* della superficie. Se il pus si fa strada nel retto, il malato emette per mezzo della defecazione del sangue e del pus in grande quantità; questa evacuazione coincide con un'attenuazione dei fenomeni generali e con un accasciamento della tumefazione. Ma il più sovente quest'apertura nel retto non pone un termine; bentosto ricompaiono i fenomeni generali, la tumefazione si manifesta, la pelle si fa rossa, diventa bluastra, si copre di flittene, si ulcera, e si formano più orifizî pei quali l'ascesso evacua il suo pus fetido.

In luogo di questo decorso rapido, acuto, che dura da otto a dieci giorni, si può osservare un'evoluzione molto più lenta. In questo caso, i fenomeni generali sono meno accentuati, e localmente la tumefazione è più lenta a manifestarsi, l'indurimento periferico più grande. Ma tuttavia la suppurazione si avanza, ed il pus trovando maggiori ostacoli a farsi strada verso l'esterno, produce maggiori guasti. È allora che manda le sue propaggini glutee, perineali, pelviche, ed invade l'altra fossa ischio-rettale. L'intestino è largamente ulcerato, e compaiono i gravi fenomeni della setticemia: brividi, dimagrimento rapido, tinta terrea e ben presto la morte. J.-L. Petit ha descritto bene il flemmone subacuto. Vi sono dei casi in cui il decorso è così lento, l'indurimento così grande, che si potrebbe credere ad un neoplasma. Quanto al *flemmone gangrenoso,* per infiltrazione orinosa, o stercoracea, il suo decorso è estremamente rapido. I fenomeni generali raggiungono il loro *maximum* d'acuità; la tumefazione, estremamente tesa, è sonora, e se si interviene, si apre la via ad una grande quantità di gas e di sierosità di odore infetto; l'esito fatale è la regola, ed avviene presto. L'evoluzione è lenta nel flemmone *osteopatico,* e malgrado ciò produce qualche volta degli sconcerti molto gravi (J.-L. Petit, Tillaux).

Prognosi. — La prognosi è dunque molto seria; il flemmone gangrenoso è quasi sempre mortale, il flemmone subacuto è soventi tale, ed il flemmone acuto può esserlo. La setticemia, la pioemia, le flebiti, le embolie settiche, ecco le cause della morte, nei casi in cui questa avviene. È tutt'affatto eccezionale osservare la *risoluzione;* la *suppurazione* è di regola. Tuttavia, nei casi di flemmone semplice, il malato può sfuggire alla morte, che lo minaccia. Ma tutto non è finito coll'apertura dell'ascesso all'esterno; a questa succedono fistole che non hanno alcuna tendenza a chiudersi. Le nozioni anatomiche indicate più sopra aggiunte alla mobilità del retto, ci dànno ragione di questo fatto. Queste fistole dunque continuano a gemere pus, talvolta gas, ed il malato, oltre questa infermità, non

sarà al riparo di fatti settici risultanti da evacuazioni incomplete e da infezioni secondarie del focolaio. Oltre che alle *fistole*, suscettibili di produrre la morte per esaurimento, il flemmone della fossa ischio-rettale espone al *restringimento* cicatriziale del retto, alla *incontinenza* ed a sconcerti talvolta importanti nelle *funzioni orinarie.*

Diagnosi. — È ben raro che il decorso sia così lento, che si possa credere, come dice J.-L. Petit, ad un neoplasma. In tutti i casi, l'errore non dura a lungo, perchè bentosto i fenomeni infiammatorii si svelano.

Il più sovente è facile riconoscere che si è in presenza di un flemmone, ma può essere abbastanza difficile precisarne la sede esatta. L'esplorazione rettale permetterà ordinariamente di chiarire questo punto. Il flemmone pelvi-rettale superiore avrà una sede ben più elevata che l'ischio-rettale; esso è nettamente anteriore o posteriore, il secondo è più laterale; questo ha anche un'estensione molto più considerevole. Se vi ha apertura nel retto, il pus viene evacuato *dopo* il bolo fecale nel pelvi-rettale, *prima* del bolo nell'ischio-rettale (J.-L. Petit).

Riconosciuto il flemmone e la sua varietà, bisogna determinarne la natura. I dati anamnestici potranno rischiarare questa indagine, ma bisognerà esplorare con cura il retto, e vi si potrà trovare un restringimento, delle emorroidi, un neoplasma. Infine, nel caso in cui niente sembrerebbe spiegare l'apparizione del flemmone, nè da parte del retto, nè da parte degli organi vicini, converrà esplorare scrupolosamente le ossa del bacino dal punto di vista della tubercolosi. D'altronde, sia che colpisca le ossa circostanti, sia che abbia dato luogo ad ulcerazioni, la tubercolosi si trova sovente nei malati affetti da infiammazione perirettale. Quando il flemmone si è aperto all'esterno, per mezzo dell'esplorazione collo specillo dei tragitti fistolosi combinata coll'esplorazione rettale, si arriverà a precisare la sede dell'ascesso, e talvolta a valutare l'estensione dei guasti che esso ha prodotti.

Cura. — Poichè l'esperienza insegna che un flemmone della fossa ischio-rettale non finisce giammai con risoluzione, poichè la suppurazione è di regola, ed è col portarsi verso l'esterno, che essa produce la maggior parte dei danni, l'indicazione è formale: bisogna affrettarsi a combattere energicamente la malattia. Gli antiflogistici non sono più opportuni; senza dubbio i bagni, le irrigazioni calde, produrranno un certo sollievo nello stato doloroso del malato, ma intanto si formerà il pus, ed il pericolo diventerà grande. Bisogna dunque affrettarsi a dare sfogo al pus, e perciò, vi abbiamo insistito due volte, non attendere che vi sia fluttuazione. Ippocrate già faceva osservare che, contrariamente agli altri ascessi, bisognava aprire prima della chiara suppurazione e quando la « gonfiezza *non è ancora matura* » (D. Mollière). Tutti sono oggi d'accordo su questo punto; bisogna evacuare l'ascesso, ed evacuarlo presto per mezzo d'una *incisione.* Incidendo presto, si preverranno le infiltrazioni nelle vicinanze ed il riassorbimento putrido. Ma il chirurgo deve preoccuparsi dell'eventuale formazione di una fistola, e cercare di prevenire questo fatto di cui abbiamo rilevati tutti gli inconvenienti.

Ora, quale è la causa della formazione di fistole? La mobilità del retto, il suo isolamento dalle pareti del bacino. Ma il bacino non può portarsi verso il

retto, bisogna dunque che il retto vada verso il bacino; questo non è possibile fino a che esso non sia stato spaccato nel senso della sua altezza; ed è con questo processo che si ottiene la cura chirurgica delle fistole anali.

Se dunque si forma una fistola, bisognerà per guarirla spaccare il retto; ora si è fatta la questione se non converrebbe praticare subito e d'un solo colpo l'apertura dell'ascesso e la sezione verticale del retto; in questa maniera si evacuerebbe il pus e si eviterebbe la costituzione di una fistola. Saviart (1702), secondo Horteloup, J.-L. Petit, De La Faye, procedevano così ed incidevano d'un *colpo il retto denudato,* ma è Faget che pel primo ha fatto di questo modo di procedere un metodo formale di cura, e nelle *Mèmoires de l'Acadèmie royale de Chirurgie* si trovano esposte le sue opinioni.

Ma nello stesso tempo un altro autore, Foubert, si elevò contro Faget, e sostenne che bastava fare nel punto culminante della tumefazione una piccola incisione, quanto occorresse per evacuare il pus. Questa incisione, diceva Foubert, può produrre la guarigione definitiva; se si forma una fistola, vi sarà sempre tempo a spaccare il retto.

Di qui sono nati i due metodi di cura degli ascessi ano-rettali, il metodo di Faget e quello di Foubert; questi due metodi hanno per un momento diviso il mondo chirurgico. Boyer dichiarava il metodo di Faget sempre *pericoloso* e ben sovente *inutile.* Gosselin, nella maggioranza dei casi, adottava il metodo di Foubert.

Chassaignac, al contrario, si dichiarò partigiano convinto del metodo di Faget, e Verneuil seguì il suo esempio. Fra queste opinioni estreme, un'altra sorse e cercò di conciliare i due metodi. Senza dubbio, si diceva, vi sono numerosi casi in cui l'incisione semplice è stata seguìta da guarigione, ma ben altri anche in cui si ebbe produzione di fistola. In qual caso la fistola si forma e persiste? È quando vi ha perforazione dell'intestino. Conclusione: quando l'intestino sarà aperto, il metodo di Faget è assolutamente indicato; quando l'intestino è intatto, quantunque scollato, dovrà applicarsi quello di Foubert. Così ragionavano Michaud (1788), Sabatier (1791), Bégin (1832), Velpeau (1833), Ribes (1841), per non citare che i più illustri.

Più presso a noi, un chirurgo autorevole, D. Mollière, combatte il metodo di Faget ripetendo le due grosse obbiezioni che si sono rivolte a questo metodo e che lo facevano un tempo già qualificare per dannoso. Esso espone, si dice, alle *emorragie* ed all'*incontinenza* delle materie fecali. A questo si può rispondere che: 1° è facile mettersi al riparo da emorragie incidendo col ferro rovente; 2° che l'incontinenza non succede sempre alla sezione dello sfintere e che quando esiste essa è il più sovente passeggiera. Velpeau, che si credeva obbligato, per fare la sezione del retto, di trovare l'orificio di comunicazione, faceva perciò delle manovre dannose, e ne concludeva che vi era pericolo a fare questa sezione; si sa bene oggidì che tale ricerca non è necessaria.

Insomma, il metodo di Foubert vide diminuire considerevolmente il numero dei suoi aderenti, ed il metodo di Faget, limitato da principio ai flemmoni con perforazione dell'intestino, poi rinnovato da Chassaignac, volgarizzato e chiamato a nuova vita da Verneuil, da Trélat, da Reclus, è il più generalmente ammesso, come dimostra la discussione della Società di Chirurgia nella circostanza di

due osservazioni di Bazy favorevoli al metodo di Foubert. Il perfezionamento dell'arsenale chirurgico, i progressi considerevoli dell'antisepsi, hanno tolti ai detrattori del metodo di Faget i loro migliori argomenti.

Noi consigliamo dunque di procedere nel modo seguente: fare una larga incisione attraverso la quale il dito andrà ad aprire largamente l'ascesso, distruggere le briglie connettive, evacuare le anfrattuosità, poi, coll'aiuto delle forbici (*a*), incidere il retto per tutta l'altezza del suo scollamento, lavare accuratamente e frequentemente ed applicare una medicazione antisettica assorbente; un'alimentazione leggiera, dei piccoli purganti ogni tanto, e dei tonici per sostenere le forze del malato completeranno la cura. Troppo sovente inefficace nel flemmone gangrenoso, questa cura potrà nei flemmoni semplici condurre ad una guarigione completa ed abbastanza rapida. Quanto ai flemmoni osteopatici, non si otterrà la guarigione definitiva che dirigendosi alla lesione ossea ed associando alla cura locale appropriata quella generale della tubercolosi.

CAPITOLO III.

LESIONI ORGANICHE E VITALI

I.

DEI RESTRINGIMENTI

Février, Tesi di Parigi, 1877. — Garsaux, Tesi di Parigi, 1877. — Gosselin, *Arch. génér. de Médecine,* 1854. — Lancereaux, Società Anatomica, 1859. — Lannelongue, *Leçons de clinique chirurgicale.* Bordeaux 1888. — Panas, *Gazette médicale des hôpitaux,* 1872. — D. Mollière, Traité des maladies du rectum et de l'anus. Lione 1878. — E. Pailhès, Tesi di Parigi, 1886. — Reynier, *Gazette hebdomadaire,* 1878. — U. Trélat, *Clinique chirurgicale,* t. II, 1891.

Definizione. — Non bisognerebbe comprendere nella denominazione di restringimenti del retto tutte le affezioni suscettibili di diminuirne il calibro. Noi limiteremo il termine di restringimento del retto ad uno *stato patologico caratterizzato da una coartazione permanente e progressiva di questo canale per alterazione delle sue pareti,* che ne ostacola le funzioni, ed è *suscettibile di subire una modificazione regressiva* per mezzo di una cura adatta.

In questa maniera eliminiamo il *cancro*, che, lungi dal diminuire il calibro dell'intestino, può talvolta ingrandirlo, e che non subisce modificazione regressiva.

(*a*) [Con un tamponamento accurato di garza si potrà talora ottenere la chiusura della cavità dal fondo, senza formazione di fistola. Ad ogni modo, volendo subito spaccare il retto, converrebbe, come nella cura delle fistole costituite, ricorrere al termocauterio, per diminuire i pericoli di emorragia e di infezione (D. G.)].

Il cancro può tuttavia dar luogo ai fenomeni funzionali del restringimento, e noi avremo da parlarne al capitolo della diagnosi.

Eliminiamo anche tutte le diminuzioni di calibro del retto dovute ad una *compressione* per un tumore delle vicinanze. Del pari un corpo estraneo, un polipo, un tumore, che otturino parzialmente l'intestino, non devono entrar nel gruppo dei restringimenti. Dimodochè non ci restano che due varietà di restringimenti: il *restringimento spasmodico* ed il *restringimento cicatriziale,* questo potendo ancora essere *traumatico* od *infiammatorio.*

Lannelongue (di Bordeaux) ha descritta un'altra varietà di restringimento che chiama *restringimento di natura muscolare* e che sarebbe dovuto ad una *iperplasia* di uno degli anelli muscolari del retto. L'osservazione che egli fornisce in appoggio di questa varietà non è assolutamente dimostrativa. Verneuil e Panas hanno pure parlato del restringimento muscolare; ma questa è in definitiva un'affezione rarissima.

Il *restringimento spasmodico* non è un vero restringimento. È uno stato di contrazione sovente di brevissima durata, talvolta un poco più prolungato, ma in tutti i casi *passeggiero* ed *intermittente.* Il più delle volte lo si osserva in occasione dell'esplorazione rettale, in individui nervosi o il cui retto è affetto da infiammazione, da tumore, od anche da restringimento *cicatriziale* (D. Mollière). Allingham mette anche in dubbio l'esistenza di questi restringimenti spasmodici. Di maniera che non resta a studiare, in realtà, che questo restringimento cicatriziale.

Esiste tuttavia un'altra varietà di restringimento poco comune, quasi esclusivo della donna, sulla natura del quale si è discusso, che si collega generalmente colla sifilide e che si chiama *restringimento sifilitico* o *sifiloma ano-rettale.* Noi vedremo infatti che, per la sua origine, per il suo aspetto e per la sua evoluzione, esso costituisce un'entità morbosa distinta.

Quanto al *restringimento congenito,* valvolare, dovrebbe evidentemente trovar posto in uno studio sui restringimenti del retto, ma la sua storia è legata a quella dei *vizi di conformazione* dell'ano e del retto e lo si esporrà a proposito di questi.

Eziologia. — I restringimenti del retto possono essere d'origine *traumatica, ulcerosa* o semplicemente *infiammatoria.* Possono provocare un restringimento i traumatismi *chirurgici.* Follin e Verneuil, che hanno segnalato il fatto in Memorie speciali, riferiscono a tale riguardo le operazioni di fistole, le estirpazioni di cancri, di tumori, di corpi estranei, le cauterizzazioni d'emorroidi. Quando si trattano queste ultime col ferro rovente, bisogna aver cura, per prevenire il restringimento, di lasciare frammezzo ai punti di cauterizzazione degli intervalli di mucosa sana. Accanto dei traumatismi chirurgici stanno i *traumatismi accidentali,* ferite per mezzo di strumenti taglienti e contundenti, di corpi estranei, di proiettili da guerra.

Il *parto* può provocare un indurimento infiammatorio delle pareti del retto successivo al trauma, che sarà il punto di partenza di un restringimento (9 su 20 casi in una statistica di Curling). Forse è a questo caso che bisogna attribuire la più grande frequenza del restringimento nella donna adulta, che nell'uomo.

Le vaste *ulcerazioni* del retto, le perdite di sostanza consecutive alle gangrene (febbri gravi, rettite flemmonosa, ecc.) sono seguite dalla formazione d'un tessuto cicatriziale, contrattile, che produce un restringimento. Il restringimento consecutivo alla *dissenteria* si spiega in tal modo (Garsaux, 1877). Egualmente in seguito ad ulcerazioni del prolasso del retto, nel fanciullo, può prodursi un restringimento nell'adulto.

Ma non è necessario che vi sia ulcerazione perchè avvenga il restringimento; l'*infiàmmazione* sola basta; tutte le rettiti, mucose od interstiziali, acute o croniche, possono darvi luogo per una iperplasia connettiva e per ispessimento delle pareti del retto. Così agiscono anche le infiammazioni peri-rettali (flemmoni della fossa iliaca, dello spazio pelvi-rettale, ascessi del margine dell'ano).

Malgrado questa eziologia variata, il restringimento del retto è relativamente raro, e, secondo Allingham, esso non costituisce che il 4 per 100 delle malattie di questo tratto dell'intestino. Quantunque lo si possa osservare in tutte le *età*, esso è sopra tutto frequente da venti a quaranta anni. Sembra un poco più frequente nella *donna* che nell'uomo. Ecco qnalche dato: 1 uomo su 3 donne (Desprès), 7 donne su 1 uomo (Lauri Ricardo); ma Bérard e Maslieurat-Lagémard dànno 20 uomini contro sole 23 donne.

Anatomia patologica. — *Sede*. — Vi sono certi restringimenti che occupano una sede costante o poco variabile; così il restringimento congenito che ha sede naturalmente all'unione del canale anale e del tubo intestinale; il sifiloma anorettale che risiede il più sovente nella terza porzione del retto. I restringimenti muscolari hanno sede in corrispondenza degli anelli muscolari (Nélaton, Houston, O' Beirn). Ma il restringimento cicatriziale può trovarsi in un punto qualsiasi, sia nella parte superiore (dissenteria), sia nell'ampolla o nella terza porzione (rettiti e flemmoni parietali). Nella sua tesi del 1885, Perret ha riunite 58 osservazioni che, senza tener conto dell'eziologia, si distinguono così dal punto di vista della sede:

Restringimenti principianti all'ano	. . . .	4
»	che hanno sede al di sotto di 6 centimetri . .	32
»	» a 6 centimetri	3
»	» tra 6 e 9 centimetri	7
»	» al di sopra di 9 centimetri . .	5
»	» all'unione del retto col colon .	5

Il restringimento di Talma aveva sede molto in alto. Ma, tutte le statistiche si accordano nel dire che i restringimenti del retto sono ordinariamente poco elevati.

Forma. — Essa è pure variabilissima. Gosselin, facendovi entrare i restringimenti sifilitici ed i congeniti, li riduce a quattro tipi principali:

1° Il restringimento *valvolare*, che ricorda più o meno il diaframma degli istrumenti d'ottica; situato in basso, abitualmente unico, eccezionalmente multiplo (Nélaton); è il tipo del restringimento congenito. In corrispondenza di esso le tonache non presentano alterazioni.

2° Il restringimento ad *anelli* raramente completi od a *briglie*. Il restringimento ad anelli appartiene al restringimento muscolare (Verneuil, Panas,

Lannelongue); questi anelli sono completi od incompleti, qualche volta quasi embricati, come valvole conniventi, in generale irregolarissimi. Il restringimento cicatriziale può qualche volta avere una forma *anulare*, ma il più sovente esso si presenta sotto l'aspetto di *briglie*, più o meno salienti o depresse. Queste briglie sono biancastre ed hanno l'aspetto cicatriziale; infatti il tessuto di cicatrice ha sostituite la mucosa e la muscolare. La patogenesi e lo sviluppo di questa lesione si spiegano agevolmente quando vi ebbe prima ulcerazione ed infiammazione, ma la parte dovuta all'infiammazione è sovente difficile a riconoscere (Allingham). Tillaux ha chiamato restringimento a *sperone* la sporgenza che si osserva talvolta al disotto dell'orificio interno d'una fistola dell'ano. Le briglie hanno qualche volta la forma di cordoni salienti, con base abbastanza larga (D. Mollière).

3° Il restringimento *a ghiera* costituito da anelli fibrosi, esterni al retto. Questa varietà è molto rara; Broca l'ha osservato una volta in una donna, dove era consecutivo ad un parto.

4° Infine l'ultima varietà è il restringimento *cilindrico* o cilindroide. È infatti un canale ristretto, inestensibile, che ha sovente parecchi centimetri di altezza. È il restringimento sifilitico.

Assieme alla seconda varietà (briglie, anelli, restringimenti cicatriziali) questa è la più frequente.

Numero. — La maggior parte dei restringimenti del retto sono unici: così è del restringimento sifilitico e del restringimento congenito; il restringimento cicatriziale può essere multiplo. Tuttavia non vi ha qui quella molteplicità che così frequentemente si osserva nei restringimenti blennorragici dell'uretra.

Calibro. — Il calibro del restringimento è estremamente variabile colla natura e coll'età della lesione. Il restringimento congenito non progredisce, il sifiloma ano-rettale progredisce per un certo tempo, il restringimento cicatriziale può progredire sino ad occludere l'intestino. La Memoria di Hévin, secondo La Faye, nelle *Mèmoires de l'Acadèmie royale de Chirurgie*, riferisce parecchi fatti in cui l'intestino visto dal di fuori sembrava fosse stato stretto in una legatura (D. Mollière). Era il caso del restringimento di Talma.

Lesioni al disopra del restringimento. — Al disopra del restringimento, quando è d'un calibro poco considerevole, si osserva da principio *dilatazione;* le materie soggiornano e l'intestino reagisce per cacciarle, donde *ipertrofia* della sua tonaca muscolare, dimostrata da Lancereaux.

La mucosa stessa non resta a lungo sana; presto essa presenta una vasta *ulcerazione,* bene indicata per la prima volta da Gosselin, con infiltrazione di elementi embrionali, qualche volta di piccoli ascessi; questa ulcerazione non ha in alcun punto aspetto cicatriziale, ma essa si ricopre di *bottoni carnei,* molto visibili (Malassez). In alcuni casi vi ha una perdita di sostanza considerevolissima (Gosselin), che può estendersi fino a 10, 12 centimetri al disopra, ed approfondarsi fino a raggiungere la tonaca muscolare. Il limite dell'ulcerazione è segnato da un contorno irregolare, la mucosa sana vi forma una specie di cercine. Esmarch ha fatto notare una turgescenza, dovuta all'ipertrofia delle ghiandole di Lieberkühn che loro dà l'aspetto di bottoni carnei. Queste ulcerazioni possono provocare una perforazione, un flemmone stercoraceo della fossa ischio-rettale e

consecutivamente una fistola. *Flemmoni e fistole* sono frequenti nel caso di restringimento, e l'esistenza di più orifizi fistolosi attorno all'ano è sovente l'indizio di una coartazione del retto. Qualche volta la fistola trae origine da una infiammazione nelle vicinanze, da un ascesso sviluppato nelle pareti. La fistola non si apre costantemente presso l'ano, essa può far comunicare il retto con una cavità naturale, qualche volta colla vescica, frequentemente colla vagina (Février, 1877). Infine queste fistole possono andare ad aprirsi molto lontano nella parete addominale stessa.

Lesioni al disotto del restringimento. — Al disotto del restringimento le lesioni sono meno accentuate. Talvolta il retto sembra intatto. Se il restringimento è stretto, il calibro dell'intestino diminuisce al disotto; vi si possono trovare delle escoriazioni, delle ulcerazioni, delle cicatrici da rettite, delle vegetazioni condilomatose, ecc. Esistono in fine frequentemente delle *emorroidi* e delle *fessure*.

Sintomatologia. — Durante parecchi mesi, parecchi anni (Gosselin), il restringimento passa inosservato; vi ha bensì un ritardo nelle evacuazioni, delle difficoltà per andare di corpo, ma questi sono fenomeni comuni nella semplice stitichezza; quindi il malato non vi presta quasi attenzione, anche se si presentano quelle *false evacuazioni* nelle quali il malato non emette che un po' di catarro; le alternative di *diarrea* e di *stipsi* non l'inquietano e ben sovente una complicazione, ascesso, fistola, fessura, emorroide, conducendo all'esame del retto, fa scoprire il restringimento. Ora questi fatti non si producono che ad un'epoca in cui la lesione è nettamente costituita. Essi vengono presto seguìti da altri e lo stato generale si aggrava tanto più che ai disturbi locali si aggiungono dei *disturbi digestivi.* Questi, assieme ai dolori, alla insonnia, alla setticemia lenta (ascessi, fistole), alle perdite icorose, producono uno stato di eticità progressiva e finale.

Cosicchè noi possiamo, con Trélat e con Fournier, considerare tre periodi nell'evoluzione del restringimento del retto, qualunque ne sia la varietà. Un periodo *latente*, d'una durata media di due anni (Gosselin), ma che può considerevolmente sorpassare questo lasso di tempo, periodo di *stipsi* di più in più ostinata, di *false evacuazioni*, d'alternative di *diarrea* e di *stitichezza*, senza che ci sia alcun disturbo nelle funzioni digestive. Con Guyon, noi potremmo chiamare questo periodo *prodromico.*

Il secondo periodo, o periodo di stato, è caratterizzato da *disturbi locali* e da *disturbi digestivi.*

Localmente sono sopra tutto spiccati i disturbi della defecazione. Il malato sta otto, dieci, dodici, quindici giorni senza andare di corpo, il suo ventre si gonfia, si sentono qualche volta nell'S iliaca, nel colon ascendente le materie fecali colla loro consistenza speciale. Il malato sente ogni tanto il bisogno, va al cesso, fa dei violenti e dolorosi sforzi, ma inutilmente; egli non emette nulla od un po' di catarro che produce un'*irritazione cocente* attorno all'ano e provoca *tenesmo.* Ma il soggiorno prolungato delle materie irrita l'intestino, che si mette a secernere abbondantemente; le materie si stemperano, particolarmente nelle vicinanze del restringimento, ed allora cominciano a passare per la filiera dapprima in quantità moderata, poi in grandissima abbondanza, sotto forma di una vera scarica di feci e

di gas. Questa scarica è seguìta da una *diarrea* con sangue, poi con detriti necrotici che dura qualche giorno, poi si attenua e cessa; quindi ricompare a poco a poco la stipsi e continua sino a che una nuova scarica viene a sbarazzare l'intestino. La durata di ciascun periodo diventa più lunga, gli sforzi inutili più frequenti; il malato preme con energia, con rabbia qualche volta; esso prende le posizioni più variate, talvolta le più bizzarre; coll'aiuto del dito o d'istrumenti, ciò che è pericoloso, egli cerca di aprire l'ano, si fa delle escoriazioni, delle lacerazioni, ma tutto invano; questa lotta lo spossa e lascia per conseguenza un abbattimento fisico, con turbe nervose, qualche volta anche delle sincopi. Gli sforzi possono provocare delle *ernie*, delle *emottisi*. I *disturbi digestivi* non tardano a comparire; questa stasi prolungata di materie provoca sconcerti da parte dell'intestino, che diventa in qualche modo inerte, e da parte dello stomaco che diventa pigro, quindi sono frequenti la perdita dell'appetito, l'anoressia, la ripugnanza per certi alimenti, specialmente per la carne. D'altronde il malato, fortemente travagliato dal supplizio frequente degli sforzi della defecazione, costantemente preoccupato dall'idea d'una felice evacuazione che gli produrrebbe un considerevole sollievo, evita di mangiare, il che va a sommarsi cogli effetti dei disturbi digestivi. Anche il *dimagramento* si accentua, la tinta diviene *terrea, giallastra;* la *tristezza*, l'*inquietudine*, la *disperazione* invadono il malato, ed il *suicidio* viene qualche volta a metter fine ai suoi tormenti.

La *forma* delle materie rese per mezzo della defecazione non ha l'importanza patognomonica che le si è attribuita. Senza dubbio, quando esse sono molli, sono abbastanza sovente appiattite a nastro, ma, secondo Nélaton, ciò non si produce che se il restringimento è situato in basso. Se esso è elevato, o se le materie sono dure, possono uscire, sia colla forma normale, sia in forma di pallottole ovoidi, dure, analoghe alle scibale. Senza accettare l'opinione di Curling, che vuole che la forma delle materie non significhi niente, diremo che essa è qualche volta interessante e significatrice, ma ciò non è in tutti i casi.

Abbiamo esaminato il caso ordinario, in cui il malato svuota il suo intestino ogni tanto con una scarica. Non è sempre così. Talora le materie ed i gas si accumulano rapidamente, si accentua sempre più il rigonfiamento del ventre, poi si fanno più frequenti delle eruttazioni fetide, ben tosto seguìte da vomiti, in una parola si assiste ai fenomeni dell'*ostruzione intestinale*, il cui esito, se l'intervento non viene a mettervi riparo, sarà la morte.

Alle difficoltà di evacuare si aggiungerà talvolta una disuria per compressione, più raramente vi ha un'*anuria* passeggiera dovuta ad influenza dell'infiammazione pelvica sui reni. L'intensità di questi diversi fenomeni, contrariamente alla opinione di Godebert, non è in rapporto diretto col grado di strettezza. Si sono visti dei restringimenti giunti ad un grado di coartazione pronunciatissima provocare dei disturbi infinitamente meno gravi di quelli dovuti ad un restringimento relativamente assai largo. Gli è che infatti il fenomeno capitale nella genesi dei disturbi è lo *spasmo* muscolare che viene ad aggiungersi alla coartazione per esagerarne considerevolmente gli effetti (D. Mollière).

È in questo secondo periodo che possono sopravvenire i *flemmoni* della fossa ischio-rettale, dello spazio pelvirettale ed anche della fossa iliaca, di cui abbiamo sovente parlato. Questi flemmoni, colla loro apertura all'esterno, lascieranno

sfuggire del pus, delle materie e dei gas. I prodotti intestinali continuando a passare liberano bensì il retto, ma mantengono una *fistola*. Questa fistola ha sovente più orifizi cutanei. In questo periodo si producono pure le *emorroidi sintomatiche;* queste emorroidi formano attorno all'ano un cercine sempre più accentuato.

I disturbi, le difficoltà, i dolori della defecazione, l'alterazione delle funzioni digestive, le perdite di sangue (ulcerazioni, emorroidi), le secrezioni intestinali, gli ascessi, le fistole persistenti, tutto quest'assieme sintomatico conduce ad un terzo periodo, al periodo dei disturbi *generali* gravi, al periodo *etico*, al periodo finale in una parola. Allora compare una febbre a grandi oscillazioni, febbre della suppurazione; il dimagramento fa dei progressi estremamente rapidi, le forze del malato scompaiono, esso prende una tinta cerea analoga a quella del carcinomatoso; passa dall'ipocondria ad uno stato nervoso in cui l'intelligenza si indebolisce; la *cachessia* si accentua e sopravviene la morte. Ma è raro che il malato giunga sino a questa cachessia finale; per lo più le *complicazioni* che abbiamo già sovente enumerate, flemmoni, ascessi, fistole, setticemia, ostruzione intestinale, abbreviano questa evoluzione. Aggiungiamovi delle complicazioni più rare, come l'*estiomena* della vulva (Huguier, Gosselin), la *febbre intermittente* (Costallot), i *disturbi nelle funzioni orinarie*, infine la *tubercolosi polmonare*, il cui sviluppo è favorito dall'insufficienza dell'alimentazione e dall'indebolimento dell'organismo.

Talvolta la cura stessa fu l'origine di complicazioni mortali (rotture nella dilatazione, perforazioni, apertura del peritoneo).

Decorso - Durata - Esito. — Insomma, in qualunque modo si consideri il decorso del restringimento del retto, si vede che la morte ne è il termine fatale. Essa sopravviene in capo ad un tempo variabile. Abbiamo vista la lunga durata del periodo dei prodromi. È la lunghezza di questo che prolungherà sopra tutto la durata della malattia, perchè da quando il periodo di stato è nettamente costituito, l'andamento si fa rapido e le complicazioni affrettano sovente l'esito fatale. In via generale però il restringimento del retto ha una durata di più anni.

Prognosi. — Essa è essenzialmente grave poichè la morte è il termine fatale del restringimento. Diciamo tuttavia che il restringimento situato in alto è più grave che il restringimento situato in basso, e che il restringimento muscolare o congenito è meno grave che il restringimento cicatriziale. Non dimentichiamo d'altronde che il restringimento non è così grave se non in quanto è abbandonato a sè stesso, ma che con una terapia adatta lo si può guarire radicalmente o si può ovviare ai suoi inconvenienti in maniera da renderlo compatibile coll'esistenza.

Diagnosi. — I diversi sintomi che abbiamo indicato più sopra possono soltanto far presumere l'esistenza d'un restringimento; soltanto l'esame locale del retto permetterà di affermarlo. Diversi modi d'esplorazione sono stati messi in opera per riconoscere il restringimento, precisarne la sede, la forma, la estensione, il grado di coartazione, lo stato delle parti vicine.

Il più frequentemente usato, quello a cui si deve ricorrere a tutta prima, è la *esplorazione digitale.* Essa deve essere praticata con prudenza, con dolcezza, deve essere estremamente attenta, non progredire se non dopo essersi assicurata dello stato preciso dei punti già percorsi. La friabilità delle pareti del retto spiega questa condotta.

Esmarch consiglia di esaminare il malato in piedi, ciò che permetterà di risalire più alto coll'esplorazione; nella più parte dei casi val meglio adottare il decubito laterale sul lato sinistro, colla coscia destra flessa, colla sinistra estesa. Si esamina l'ano, il contorno (emorroidi, condilomi, fistole), si unge largamente di vaselina e si spalma il dito che viene allora dolcemente introdotto. Ad un'altezza variabile, si è arrestati da un ostacolo di forma variabile, a diaframma, valvolare (congenito), allungato, cilindroide, spesso (sifilitico), ad anello completo (muscolare), ad anelli incompleti duri (cicatriziale), con indurimento parziale delle pareti. Se il dito può oltrepassare questo tratto, potrà riconoscere l'ulcerazione soprastante, e fornire un criterio assolutamente preciso sulla *sede* esatta, sull'*altezza* del restringimento sul suo *grado di coartazione.* Ma il dito non deve cercare di avanzarsi forzando; può dunque avvenire che esso non possa progredire. Allora, se si tratta di una donna, si potrà cercare coll'*esplorazione vaginale* di completare le indicazioni dell'esplorazione rettale. Se no, bisogna ricorrere a qualche artifizio. Nel novero di questi stanno le *candelette rettali,* mezzo pericoloso e che d'altronde non fornisce i dati voluti. Gli *esploratori con bottone olivare* analoghi a quelli impiegati per l'uretra potrebbero essere molto più efficaci, ma non bisogna adoperarli che con riserva. Laugier ha immaginato un piccolo metodo che supplisce abbastanza bene l'esploratore ad oliva. Esso consiste nell'adattare all'estremità d'una sonda un piccolo sacco di pergamena. Si introduce al di là del restringimento la sonda munita della sua pergamena, vi si inietta del liquido, la vescichetta si riempie; se si ritira la sonda, il piccolo sacco urta contro il restringimento e può così dare indizio della sede e dell'estensione del restringimento, ma non precisarne il grado di coartazione.

Questo processo di Laugier parrebbe inoffensivo, non pertanto ha determinato in un caso una rottura dell'intestino.

Si può adoperare lo *speculum ani;* così l'*endoscopio;* essi permetteranno di vedere le lesioni della mucosa al disotto del restringimento ed in certe condizioni anche al disopra; si avrà dunque vantaggio nel metterli in opera.

Noi abbiamo visto come l'esplorazione del retto permetta di riconoscere il restringimento; grazie ad essa lo si differenzierà agevolmente dal *cancro,* che ha ciò di notevole che forma un tumore sporgente, ricoperto di bottoni duri, irregolari, sanguinanti al minimo contatto. Per lo più in simil caso si tratterà di individui pervenuti ad un'età abbastanza avanzata; ad ogni modo se si tratta essenzialmente di un individuo giovane, il cancro ha un decorso molto più rapido che il restringimento. È sopra tutto questa evoluzione rapida che sveglierà l'idea del cancro, perchè il sifiloma ano-rettale si presenta talvolta coi sintomi obbiettivi del cancro (D. Mollière).

È ancora l'esplorazione del retto, l'esplorazione della vagina e degli organi pelvici unita alla palpazione addominale che permetterà di riconoscere una

ipertrofia prostatica, un *fibroma uterino*, una *cisti dell'ovaio*, un *tumore del bacino* che simuleranno colla compressione sul retto un restringimento di quest'organo.

Cura. — Non è da molto tempo che si tenta di curare e di guarire i restringimenti del retto. Morgagni pel primo ha desunto dall'esame delle lesioni alcune indicazioni terapeutiche, teoriche per altro; molto tempo dopo di lui queste indicazioni cominciarono ad entrare nella pratica, e si può dire che da Desault data la cura dei restringimenti del retto. A misura che la terapia si è migliorata i metodi di cura si sono moltiplicati e sono diventati numerosi.

Passeremo rapidamente sopra la cura *profilattica;* non è il caso di preoccuparsene che quando si è in presenza d'una rettite. La possibilità d'un restringimento cicatriziale nell' avvenire deve stimolarci a curare attentamente e senza ritardo ogni rettite. Nello stesso ordine di idee, bisogna evitare nel fanciullo affetto da prolasso ogni causa d'irritazione che possa ulcerare la parte prolassata.

Saremo ugualmente brevi riguardo alla cura medica. Senza dubbio un regime dolce, emolliente, dei clisteri calmanti, dei piccoli purganti frequentemente somministrati potranno, mantenendo le feci allo stato molle o semi-liquido, favorirne l'evacuazione e per conseguenza attenuare i fenomeni del restringimento. Ma ciò diventerà ben tosto insufficiente e bisognerà ricorrere alla cura *chirurgica;* questa è *cruenta* e *non cruenta.* La cura non cruenta consiste nella *dilatazione* del restringimento, nella *divulsione*, nella *elettrolisi*, e nella *cauterizzazione.*

1° *Dilatazione.* — La si può fare con un dilatatore metallico a due, a tre branche, il che è pericoloso, con dilatatori d'un calibro progressivamente crescente. Desault, che mise in uso questo processo, raccomandato da Morgagni, ungeva i suoi dilatatori d'unguento mercuriale per agire sulla lesione che egli credeva, come Morgagni, come Petit, essere sempre sifilitica. Gli eccellenti risultati che ne ottenne Desault gli confermarono quest'opinione erronea. I suoi successi erano dovuti alla dilatazione e non all'agente medicamentoso.

Dupuytren, pensando che i dilatatori agissero colla loro sola presenza per provocare il riassorbimento, consigliava d'introdurne l'estremità sola se non si poteva oltrepassare il restringimento; e, nello stesso ordine d'idee, Demarquay lasciava a permanenza dei dilatatori piccolissimi.

In Inghilterra si usarono al principio di questo secolo, delle *candelette* in luogo dei dilatatori. Gli Inglesi dall'epoca di Copeland si servivano di candelette uretrali e di sonde esofagee; questi istrumenti sono pericolosi per la loro lunghezza. Ad essi si sono vantaggiosamente sostituite delle candelette corte in gomma elastica, o meglio, in caucciù vulcanizzato. L'introduzione di queste candelette deve farsi colle regole tanto precise date da Guyon per i restringimenti dell'uretra. L'istrumento deve penetrare *senza sforzo*, la mano deve solo *guidarlo*, senza spingerlo; così si eviteranno gli inconvenienti che si sono segnalati coll'uso delle candelette dilatatrici. Egualmente vi sarà vantaggio, seguendo l'esempio di Gross (ogni due giorni), d'Esmarch (ogni quattro giorni),

di fare delle sedute intermittenti e lentamente progressive. È inutile lasciare la candeletta in sito a permanenza. Questo cateterismo, come quello dell'uretra, sarà circondato da precauzioni antisettiche tanto rigorose quanto lo permette la regione (irrigazioni, clisteri, vaselina medicamentosa, ecc.).

La dilatazione colla candeletta dà dei risultati rapidamente soddisfacenti. Per lungo tempo si è creduto che essa potesse produrre una guarigione definitiva (Desault, Costallot). Ma non è così; per essere durevole, bisogna che la dilatazione ottenuta, sia mantenuta con cateterismi da intervalli, ma regolari, senza di che il restringimento si riproduce (Società di Chirurgia, 1875).

ROBERT ET COLLIN

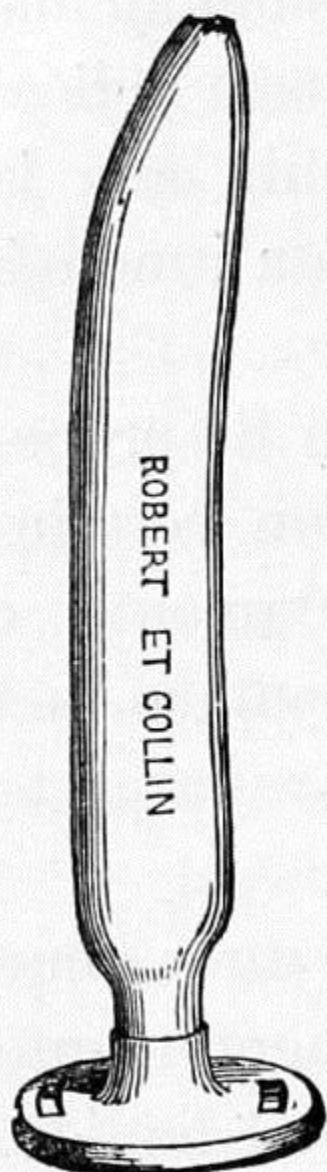



Fig. 5. — Candeletta dilatatrice.

Accanto alla dilatazione colle candelette porremo la dilatazione con sostanze suscettibili di gonfiarsi per azione dell'umidità, *spugna preparata* (Americani), *laminaria* (Schutzenberger). Esse hanno l'inconveniente di dilatarsi molto al disopra del restringimento, e non si possono ritirare che provocando dei guasti più o meno gravi. Si sono anche introdotti a traverso il restringimento dei sacchettini di pergamena, di caucciù (Trélat e Delens). Introdotte vuote queste borse, che sono in comunicazione con una sonda, vengono riempite con liquido o con aria, ed espandendosi tendono a dilatare il restringimento. Questi processi hanno un'efficacia minore delle candelette dilatatrici.

2° La *divulsione* consiste nel fare in una seduta la dilatazione forzata del restringimento, in maniera da ristabilire tutto d'un colpo il calibro dell'intestino. Questa divulsione può essere fatta colle dita, se il restringimento è situato in basso, con un semplice *speculum* bivalve (Verneuil), coi dilatatori varî di Ancelini, Charrière, Demarquay, Nélaton, Weiss, ecc.

Malgrado il buon successo che ottenne, dicono, Astley Cooper, la divulsione non è un processo raccomandabile, perchè essa espone a pericoli gravi. Trélat, Verneuil, Le Dentu ed altri hanno segnalati dei casi di morte, ciò che si comprende agevolmente data l'alterazione delle pareti del retto e la friabilità delle medesime. Nei casi in cui la divulsione non ha apportate conseguenze gravi, essa non è stata seguita da guarigione definitiva. È un processo palliativo, ma pericoloso.

3° L'*elettrolisi* non è stata guari impiegata sino ad ora che da Lefort nel 1873. Egli ha ottenuto un successo che ha comunicato alla Società di Chirurgia. La malata è uscita guarita dall'ospedale, ma non fu più riveduta.

4° La *cauterizzazione* è oggigiorno giustamente abbandonata. Essa è più adatta a *produrre* od aggravare la malattia, che a guarirla (Verneuil).

Questo metodo è stato consigliato da Everard Home, Janson, esaltato da Amussat, Robert. Richet stesso, come gli autori qui sopra citati, ha impiegato i caustici contro i restringimenti del retto. I risultati ottenuti da questi autori parvero molto sovente incoraggianti, ma bisogna dire che essi si sono in molti casi applicati a vegetazioni cancerose o non cancerose, e non a restringimenti. In questi il risultato immediato è bellissimo; la caduta dell'escara apre un passaggio accessibile se non facile, ma viene in seguito la contrazione cicatriziale che provoca un restringimento più serrato di quello che si è preteso di guarire.

Fra i *processi cruenti,* noi collocheremo la *rettotomia interna,* la *rettotomia esterna,* la *rettotomia lineare,* l'escisione, infine la creazione d'un *ano artificiale.*

1° *Rettotomia interna.* — È il processo più antico per ordine di data; è impiegato da lunghissimo tempo particolarmente dagli Inglesi, come ne fanno testimonianza le memorie di Copeland. In Francia, Desault l'usò ed inventò un istrumento per praticarla. Boyer, Amussat, A. Bérard, Velpeau, Malgaigne vi ricorsero, gli uni con un istrumento di loro invenzione (rettotomo d'Amussat), gli altri col bisturi bottonuto d'Astley Cooper. Tillaux ha, esso pure, immaginato un rettotomo particolare; esso consiste essenzialmente in due lame nascoste in una sfericciuola, con cui si varca il restringimento. Ritirando lo strumento, si fanno sporgere le lame e si incide in croce il restringimento. Rigaud (di Strasburgo) ha immaginato uno strumento ingegnosissimo col quale si trascina il punto ristretto fino all'ano e lo si seziona a cielo scoperto.

L'incisione può essere *profonda,* vale a dire sorpassare i limiti del restringimento, o *superficiale,* cioè non sorpassare lo spessore di questo. Solo quest'ultima deve essere impiegata. La prima è pericolosa; essa espone alle *emorragie,* e Richet ha anche veduto in un caso essere aperto il retto.

La rettotomia può essere assai semplicemente praticata coll'aiuto di un bisturi bottonuto che si porta sul dito sino al restringimento e col quale si fanno delle incisioni *piccole* e *multiple.* La rettotomia, così praticata, è senza pericolo; essa può dare degli eccellenti risultati alla condizione che non si dimentichi che essa non è che un atto preparatorio della dilatazione progressiva. Essa conviene perfettamente ai restringimenti *valvolari* ed ai restringimenti *muscolari.*

2° *Rettotomia esterna.* — Impiegata per la prima volta forse da Stafford, e più tardi in un caso da Nélaton (1855), essa è stata messa in luce principalmente da Panas nel 1872. Consiste in una sezione verticale e posteriore di tutte le parti molli comprese tra il retto, l'ano ed il coccige; si apre così una larga breccia per la quale le materie escono agevolmente, e per la quale si può applicare al restringimento una cura modificatrice appropriata. Quest'operazione non è stata praticata sin qui un gran numero di volte, ed i risultati ottenuti non sono convincenti.

3° *Rettotomia lineare.* — La rettotomia esterna può essere fatta col bisturi, col termo-cauterio, coll'ansa galvanica, ecc. La rettotomia lineare non è altro che una rettotomia esterna, fatta collo schiacciatore di Chassaignac. L'autore dello strumento ha reclamato la paternità d'un'operazione in cui questo aveva trovata la sua applicazione; in realtà la paternità di questo metodo appartiene a Verneuil. In questo metodo non si fa soltanto l'incisione lineare, ma si sbrigliano ancora tutti i tragitti fistolosi.

Il metodo ha dato dei successi. Ma bisogna anche ricorrere alla dilatazione per mantenere il calibro ottenuto, quando si fa la riparazione dei tessuti per mezzo della cicatrizzazione.

4° *Escisione.* — L'estirpazione del retto è stata proposta, ma non sembra sia stata molto praticata. Le si è obbiettato d'essere un'operazione grave e di produrre un'incontinenza di materie fecali. Questi rimproveri sono giusti per una estirpazione totale, ma non hanno ragione di essere per una escisione del solo restringi-

mento. Noi abbiamo visto Bouilly praticare questa operazione con intiero successo, in una giovane donna all'ospedale Necker. Si potrebbe al bisogno, ci sembra, ricorrere al processo seguito da Kraske contro il cancro, e per questa via resecare la parte dell'intestino che è la sede della coartazione (*a*).

La escisione avrebbe sopra gli altri metodi il vantaggio di fare una cura radicale, definitiva.

5º *Ano artificiale.* — I diversi metodi di cura che abbiamo passati in rivista non sono applicabili che in quanto il restringimento è accessibile. Ma se è situato troppo in alto, se i fenomeni d'ostruzione sono minacciosi, bisognerà creare un ano artificiale. L'*ano iliaco* ci pare debba essere preferito alla *colotomia lombare*.

Provveduto coll'ano alle indicazioni più urgenti, si guadagnerà del tempo per curare il restringimento, e, secondo i risultati di questa cura, si sopprimerà (Kahn) o si manterrà l'ano artificiale.

II.

DEL RESTRINGIMENTO SIFILITICO

DESPRÈS, Chancres phagédéniques du rectum, 1868. — FOURNIER, *France médicale,* 1874, e *Monographie*, 1875. — GODEBERT, Tesi di Parigi, 1873. — GOSSELIN, *Archives génér. de Médecine*, 1854. — TRÉLAT et DELENS, art. RECTUM del *Dictionnaire encyclopédique*, pag. 728. — TRÉLAT, *Clinique chirurgicale*, t. II, pag. 306.

Con questo nome e con quello di *sifiloma ano-rettale* si descrive un restringimento del retto che si presenta con caratteri anatomici particolari e costanti, e la cui patogenesi, ancora discussa, è stata attribuita da un certo numero di autori alla sifilide. Noi siamo lontani ora dall'epoca in cui si ammetteva, come Desault, che ogni restringimento del retto fosse d'origine sifilitica, concetto che aveva condotto Desault alla sua cura con stuelli spalmati di pomata mercuriale alla cui influenza egli attribuiva i buoni effetti della dilatazione.

Il sifiloma *ano-rettale* si presenta sotto la forma di un anello duro, elastico, che ha talvolta più centimetri di altezza, e fa corpo colle tonache dell'intestino.

Eziologia. — Frequente nella donna, esso è raro nell'uomo (4 donne su 1 uomo): non lo si osserva giammai prima dei vent'anni; solo eccezionalmente compare dopo i quarantacinque anni. È dai venti ai trent'anni che si nota il *maximum* di frequenza. È il più frequente dei restringimenti del retto.

Fin dal 1854, Gosselin ha cercato le relazioni di questa lesione colla sifilide. Per lui questo rapporto è diretto; ma la lesione, quantunque derivante dalla sifilide, non è sifilitica. Per lui, ne è causa un'ulcera *ano-rettale*. « Il restringimento sifilitico del retto non è punto un fenomeno costituzionale, ma una lesione di vicinanza sviluppata al disopra dell'ulcera dura dell'ano, vale a dire che un'infiam-

(*a*) [Si può fare ancora per questa via la *rettoplastica*. V. *Appendice* (D. G.)].

mazione si è sviluppata intorno all'ulcera e si è propagata al disopra di essa ad una certa altezza, e questa infiammazione, *suppurativa* nella porzione sfinterica, è diventata *ipertrofizzante* all'unione della porzione sfinterica coll'ampollare, ed *ulcerosa* in questa ». Per Gosselin, il restringimento può presentarsi coi suoi caratteri, tanto se l'ulcera anale è venerea quanto se è sifilitica; perchè secondo lui, nella metà dei casi, non si sono trovate manifestazioni sifilitiche nè prima nè dopo. Godebert (1873) nota ancora un terzo di questi casi nei quali non si possono trovare dei fatti sifilitici.

Insomma, per Gosselin, il restringimento sifilitico non è che una specie di *cheloide sotto-mucoso, intra-rettale, risultante da un ispessimento fibroso, da una vera rettite plastica, intimamente legata all'evoluzione dell'ulcera anale*, che può essere tanto *venerea* che *sifilitica* e che si manifesta nello stesso tempo che l'ulcera o poco dopo.

Desprès, nel 1868, emette un'opinione analoga. Per lui, il restringimento succede ad un'ulcera fagedenica o ad una placca mucosa, ma è un restringimento fibroso. Alcuni autori infine vi vedono il risultato d'un traumatismo (sodomia) o d'una blennorragia rettale.

Questa opinione che fa del restringimento un fatto non costituzionale, non ha più molti partigiani; essa è energicamente combattuta e dalla Scuola di Parigi e dalla Scuola di Lione. La maggioranza degli autori ammettono attualmente che si tratti di un fatto sifilitico.

Questa seconda opinione è stata formulata nettamente e scientificamente per la prima volta da Trélat, che la sostenne in ogni occasione nelle sue lezioni cliniche, nei suoi scritti e nelle discussioni della Società di Chirurgia. Egli chiama la malattia *affezione sifilitica terziaria* dell'*ano* e del *retto*.

A. Guérin, Verneuil, adottarono questa maniera di vedere e cercarono di confermarla; infine Fournier vi ha lasciato il suo nome; egli ammette perentoriamente la natura sifilitica dell'affezione, che propone anche di denominare *sifiloma ano-rettale* (1874). Questo sifiloma è per Fournier un *neoplasma particolare* differente dalla gomma, ma costituzionale, e *suscettibile di degenerare in un tessuto fibroso retrattile,* donde la costituzione d'un restringimento. « Non curato, il sifiloma ano-rettale persiste, e non solamente persiste, ma degenera e si aggrava. Esso diventa *fibroso*, e di più si retrae ». Il sifiloma può anche, fin dal principio, diminuire il calibro del retto, ma non più alla maniera d'un restringimento, ma alla maniera d'un tumore ànulare. Da questa concezione di Fournier, si deduce dunque che una neoplasia precede il restringimento. Gli avversari hanno obbiettato che non hanno giammai veduto questo neoplasma premonitorio, e fanno osservare che questa trasformazione fibrosa d'una lesione sifilitica ha qualcosa di bizzarro. All'ultima obbiezione, Fournier risponde invocando le cicatrici della sifilide epatica; alla prima, dichiarando che il sifiloma, essendo indolente, passa inosservato e che sono soltanto i fenomeni della coartazione quelli che attirano l'attenzione, allorchè la trasformazione fibrosa si è effettuata. Le ricerche di Malassez hanno mostrato l'iperplasia connettiva nella parete rettale, ma non hanno risolta definitivamente la questione. L'efficacia assoluta od almeno relativa della cura specifica (Vidal de Cassis, Fournier, Trélat) ha più valore. Ma questa cura non agisce che al

principio, secondo Fournier; Trélat va più lontano, e pensa che la cura è ancora efficace ad un'epoca avanzata, e riferisce parecchi fatti in appoggio di questa opinione (1).

Nemmeno vanno assolutamente d'accordo gli autori sull'epoca della comparsa del restringimento sifilitico. Nei fatti di Gosselin, di cui si deve tener conto, esso è comparso assieme a manifestazioni secondarie (placche mucose); dunque apparterrebbe al periodo secondario. Per Fournier, esso può apparire in capo a 2, 3 anni, ma anche assai tardi, 10, 15 e 50 anni dopo l'infezione sifilitica; per lui, è un fatto terziario. Trélat lo considera come un fenomeno sempre molto tardivo, posteriore anche all'epoca ordinaria degli accidenti terziari, e costituirebbe in qualche modo una manifestazione d'un periodo molto lontano, *quaternario.*

Queste diverse opinioni dimostrano che non si è ancor detta l'ultima parola sul sifiloma ano-rettale. Ci resta da rispondere ad un'ultima obbiezione, cioè, se si tratta d'un fatto sifilitico, perchè questo è speciale al retto e non si osserva negli altri tratti del tubo digerente? A ciò si risponde facendo notare che, in quasi tutte le osservazioni, si tratta di malati dediti alla sodomia passiva, e che questa può essere una causa occasionale dello sviluppo in questo punto della manifestazione sifilitica.

Anatomia patologica. — Dal punto di vista anatomico, dobbiamo studiare le lesioni: 1° a livello del restringimento; 2° al disopra; 3° al disotto di esso.

In corrispondenza di esso si osserva quell'ipertrofia connettiva di cui abbiamo già parlato (Malassez). La mucosa infiltrata diventa rigida, le sue pliche non si possono più distendere. Il retto è trasformato in un cilindro duro, spesso da alcuni millimetri ad 1 centimetro. È dunque un restringimento *anulare* o meglio *cilindroide,* perchè questo stato delle pareti del retto misura qualche volta sino a 5, 7 o 8 centimetri di altezza; il più ordinariamente esso ha un'altezza di 2 a 3 centimetri. La *sede* è sempre bassa, all'unione dell'ampolla col canale anale; quando raggiunge grandi dimensioni, si estende sull'ampolla rettale. La superficie della mucosa è pieghettata verticalmente, ma è sempre continua; secondo Fournier, il sifiloma ano-rettale non si ulcera mai; Trélat non è di quest'avviso ed ha, in un caso, osservate delle ulcerazioni (2).

Al *disopra,* le lesioni sono banali; vi si trova la *dilatazione,* una *vasta ulcerazione a contorni festonati* (Gosselin). Vi si possono trovare delle infiammazioni peri-rettali, degli ascessi, delle *fistole* consecutive. Queste *fistole* che, secondo Fournier, non presentano niente di speciale, sono al contrario, secondo Trélat (3), caratteristiche: « Le fistole vicine al sifiloma ano-rettale sono perfettamente secche e non gemono alcun liquido; quasi appena formato, il loro tragitto si cicatrizza nettamente; è sovente brevissimo e sembra tagliato a stampo. Queste fistole sono ordinariamente multiple, separate solamente da piccoli ponti a margini regolari ». Inoltre, fatto ben singolare, in luogo di nascere al disopra del restringimento, costeggiandolo per venire ad aprirsi alla pelle, esse partono dalla *parte sottostante*

(1) *Clinic. chirurgic.*, pag. 311.
(2) TRÉLAT, loc. cit., pag. 309.
(3) Loc. cit., pag. 310.

al punto ristretto. In un caso di Trélat, vi era una fistola vescico-vaginale [?]; l'ammalata morì di pelvi-peritonite.

Al *disotto,* l'intestino è più o meno contratto, ma ciò che vi ha di particolare è l'esistenza attorno all'orificio anale di una quantità di condilomi, che sono il marchio della sifilide. Ciò non è costante, e vi può essere un gruppo di emorroidi.

Sintomatologia. — Essa non differisce da quella dei restringimenti, se non nei dati forniti dall'esplorazione rettale. Perchè i *sintomi funzionali* sono gli stessi, l'insidiosità dell'esordire è identica, le complicazioni sono analoghe; d'altronde il sifiloma ano-rettale serve quasi sempre di tipo alla descrizione dei restringimenti del retto.

L'esame dell'ano rivela l'esistenza di condilomi, di emorroidi, di tragitti fistolosi multipli. L'esplorazione rettale incontra sovente nel canale anale delle ulcerazioni, delle anfrattuosità nelle quali si aprono le fistole, poi urta, a 2 o 3 centimetri dall'ano, in un *cercine circolare,* in mezzo al quale s'inoltra il dito. Questo cercine è duro, fibroso, ligneo, ma liscio alla sua superficie. Dopo aver percorso un tratto di lunghezza variabile (2 a 3 centimetri) molto sovente il dito scavalca un secondo cercine, al di là del quale l'intestino si *allarga.* Ma, quantunque allargato, questo non riprende la sua morbidezza; è ancora resistente, ispessito per una altezza variabile.

L'asse dell'intestino non è punto deviato, la parte ristretta è nettamente circolare e nettamente concentrica col retto; la superficie ne è liscia, increspata verticalmente, come piena di scanalature. Il più delle volte non vi ha ulcerazione, però ne possono esistere (Trélat). Se si può associare l'esplorazione vaginale all'esplorazione rettale e praticarle simultaneamente, le sensazioni raccolte sull'estensione, sulla consistenza, sullo spessore del cercine sono d'un'estrema chiarezza.

Il dito estrae dall'intestino dei prodotti saniosi, fetidi, non sanguinolenti. Il malato emette frequentemente con « false evacuazioni » dei prodotti analoghi dovuti alla rettite soprastante.

Salvo il caso d'infiammazione peri-rettale, il retto resta libero senza aderenze cogli organi vicini, e, per sè stessa, la lesione non è dolorosa.

Decorso ed esito. — Dopo un periodo iniziale insidioso, il restringimento si caratterizza coi disturbi della defecazione: stitichezza, alternative di diarrea e di stitichezza, bisogno frequente di defecare, false evacuazioni, sforzi violenti e vani; poi arrivano dei *disturbi digestivi,* un'alterazione progressiva dello stato generale che può condurre alla cachessia, a meno che non sopravvengano delle *complicazioni,* flemmoni, accessi, fistole, pelvi-peritoniti, ostruzione intestinale, che provocano uno scioglimento fatale più rapido.

Prognosi. — La prognosi è dunque *seria;* non dimentichiamo tuttavia che se, abbandonato a sè stesso, il sifiloma ano-rettale conduce alla morte, la terapia può arrestarne il decorso, e ciò in tre maniere:

1° Colla guarigione medica (cura specifica);

2° Colla cura chirurgica (estirpazione);

3° Col ristabilimento della funzione dell'intestino per mezzo d'un'operazione palliativa.

Diagnosi. — Essa è in generale *facile;* il sesso, l'età, l'esistenza di fatti sifilitici accertati, e sopra tutto i caratteri obbiettivi del restringimento che forma un anello ligneo, circolare, alto più centimetri, liscio alla superficie, non sanguinante, con andamento progressivo ed evoluzione lenta, bastano a caratterizzarlo ed a distinguerlo da qualsiasi tumore rettale, dal *cancro* come pure dal *sarcoma* anulare che si osserva qualche volta nel retto.

Questi stessi caratteri obbiettivi permetteranno di differenziarlo dal restringimento congenito che ha sede nello stesso posto sovente, ma è valvolare, e dal restringimento cicatriziale, che è irregolare, non circolare, senza spessore notevole delle pareti; solo il restringimento muscolare è pure anulare ed ha un certo spessore; ma esso ha sede a livello d'un anello muscolare normale (valvola di Nélaton, di Houston); la sua consistenza è molle, elastica, non lignea. Anche quando non vi fosse una sifilide manifesta o confessata, nè un'area di condilomi, questi caratteri basterebbero a denotare il restringimento sifilitico.

Cura. — Essa è *medica* e *chirurgica*. La cura medica è quella mista della sifilide al terzo periodo. Essa deve sempre essere tentata e proseguita un tempo notevole, e portata ad una grande intensità. Fournier ha potuto così ottenere la guarigione in casi relativamente recenti. Secondo quest'autore, questi sarebbero i soli nei quali si possa sperare qualche cosa dalla cura antisifilitica. Ma Trélat ha dimostrato che, anche in casi antichi, si potrebbe ancora molto sperare da essa. D'altronde, anche continuando la cura medica, si può mettere in opera la *chirurgica*. La *dilatazione* lenta, progressiva, non dà qui d'ordinario dei risultati molto soddisfacenti, essa è d'altronde pericolosa. L'elettrolisi non è stata usata, per quanto ne sappiamo. L'intervento cruento può farsi sia coll'*estirpazione,* sia colla *rettotomia*. L'*estirpazione* non è praticabile che quando il sifiloma è nettamente limitato. La *rettotomia* è l'operazione di elezione; essa dà luogo all'incontinenza, ma questa è momentanea. Può essere fatta sia col *termo-cauterio,* sia collo schiacciatore o col galvanocauterio. In questi due ultimi casi, bisogna preventivamente passare un filo al disopra del restringimento. Verneuil e Trélat hanno immaginato ciascuno un processo particolare per ottenere questo scopo (1). La rettotomia posteriore non assicura la guarigione definitiva; bisogna aver cura, con una dilatazione prudente ed attenta, di mantenere il calibro ottenuto.

III.

DEI TUMORI

Divideremo i tumori del retto in tumori *benigni* e tumori *maligni.*

Sotto la denominazione di *tumori benigni* comprenderemo tutti i tumori realmente benigni, e alcuni tumori rarissimi che possono essere maligni come il *sarcoma*. I *polipi* costituiranno il principale gruppo di questi tumori.

Riserveremo il nome di tumori maligni ai cancri del retto e loro destineremo un articolo speciale in causa della loro grande importanza.

---

(1) Trélat, pag. 212.

I. — TUMORI BENIGNI

1° DEI POLIPI

CH. BALL, The rectum and anus, their diseases and treatment. Londra 1887. — GIRALDÈS, Traité des maladies de l'enfance. — GUERSANT, Traité des maladies chirurgicales des enfants. — PAQUET, *Bulletin médical du Nord,* 1880. — MALASSEZ, Società Anatomica, 1872. — STOLZ, *Gazette médicale de Strasbourg,* 1860. — TRÉLAT, *Progrès médical,* 1885. — VERNEUIL, Società Anatomica, 1872.

Definizione — Eziologia. — Si chiamano *polipi* certi tumori di struttura variabile aventi per caratteri comuni quello di inserirsi sulla mucosa e di essere *peduncolati.* Se ci limitassimo a questa definizione, noi abbraccieremmo, come facevano gli antichi, ogni tumore benigno o maligno che si inserisse con un peduncolo più o meno stretto, ed avremmo così una raccolta assolutamente disparata; perciò aggiungeremo ai due caratteri precedenti un terzo importante, la *benignità,* l'assenza di recidiva dopo l'ablazione. Così compresi, i polipi sono relativamente rari. Sopra 4000 casi di malattie del retto, Allingham non rilevò che 40 casi di polipi. Su quasi 60 mila fanciulli esaminati da questo punto di vista da Bokaï (di Pesth), 25 volte solamente questo autore ha trovato dei polipi.

Nondimeno tutti gli autori si accordano nel riconoscere la frequenza dell'affezione nel fanciullo, la sua rarità nell'adulto. Tuttavia si è forse un po' esagerato in questo senso, perchè Allingham trova 17 polipi nell'adulto e solamente 23 nel fanciullo; è vero che i pediatri riferiscono una proporzione più elevata in favore dei fanciulli. I due sessi sono ugualmente affetti (Giraldès). Tuttavia secondo alcuni autori (Forget, Bokaï di Bucharest, Bourgeois, Bryant) il sesso mascolino vi sarebbe più esposto. È dai tre ai quindici anni che si osservano sopra tutto; ma se ne sono trovati a tre mesi (Schlagel), a sei mesi (Denonvilliers). Nell'adulto si vedono sopra tutto dai 35 ai 40 anni. Del resto, i polipi dell'infanzia sono differenti dai polipi dell'età adulta; i primi sono polipi *molli,* i secondi polipi *duri, fibrosi.*

Si è voluto cercare sotto quale infiuenza potesse farsi questa produzione poliposa nel fanciullo, ma non si è arrivati a niente di certo. Secondo Stolz, essi possono essere la *conseguenza del prolasso della mucosa rettale* e sarebbero dovuti allo strozzamento della *mucosa prolassata* per opera dello sfintere, opinione che combatte energicamente Laugier, nel suo articolo del *Dizionario in 30 volumi.* In verità spesso non sono esistiti anteriormente dei prolassi della mucosa, e l'anatomia patologica è in contraddizione coll'ipotesi di Stolz.

Quanto all'influenza della scrofola (Meissner), dell'artritismo, della tubercolosi, della sifilide, o del cancro negli ascendenti (Bathurst Woodmann) essa è delle più ipotetiche. Così le influenze irritative sono molto dubbie, poichè la diarrea, la dissenteria sono senza alcuna influenza, checchè ne pensino Luschka e Lebert (Virchow); si può dunque dire che la causa reale, patogenica, non è conosciuta.

Anatomia patologica. — I *polipi molli* o polipi *mucosi* sono piccoli, sempre molto rossi perchè sono *assai vascolarizzati.* La loro superficie può essere liscia, come una ciliegia, o bitorzoluta, come un lampone.

Il *peduncolo* può essere lungo e gracile, può anche rompersi, ed il tumore essere espulso; ciò è eccezionale; per lo più è *grosso* e *corto*, di modo che vi ha poca sproporzione tra il tumore ed esso. È molto vascolarizzato e la sua rottura può provocare una emorragia. Smith ha osservato dei *peduncoli doppi.* Questo peduncolo s'inserisce sulla mucosa; è ordinariamente collocato sulla parete posteriore, ed a qualche centimetro dall'ano. Può aver sede più alta ed anche su tutta la lunghezza del grosso intestino (Desault, a 16 centimetri dall'ano, Kluyskens nel colon discendente).

Dal punto di vista istologico, i polipi detti *mucosi,* non sono dei mixomi come i polipi mucosi delle fosse nasali, ma sono costituiti da tutti gli elementi della mucosa stessa, e si distinguono, con Gosselin, diverse *varietà* secondo che tale o tal'altro elemento predomina.

Quando tutti gli elementi vi sono in eguale proporzione, si ha il *polipo mucoso vero* descritto da Forget; esso è rarissimo.

Ben più sovente il polipo è costituito dalle ghiandole iperplastiche, ipertrofizzate, con acini dilatati. Questi polipi, chiamati *follicolari,* sono dei veri *adenomi;* esistono sovente negli acini delle piccole cavità cistiche riempite d'una sierosità viscosa; se queste cisti prendono uno sviluppo notevole, si hanno dei *veri polipi cistici,* affatto differenti d'altronde dal polipo cistico di Woodmann Bathurst che era tappezzato da una membrana identica al peritoneo e la cui parete era formata da tutti gli involucri intestinali come se, secondo la teoria di Stolz, ci fosse stato uno strozzamento laterale e parziale dell'intestino. Ma questo fatto è unico. Il caso di Gerdy, in cui nella cavità vi erano dei detriti intestinali, è d'un'interpretazione più difficile ancora.

Questi polipi follicolari, o adenomi la cui struttura sospettata da Nèlaton venne riconosciuta da Robin, Koeberlé (1852), Morel, Paget, Verneuil, Cornil (1866), sono ordinariamente multipli. Si possono anche osservare a centinaia (A. Fochier, secondo D. Mollière).

Altri polipi sono costituiti dalla proliferazione delle papille con uno stroma connettivo. Essi costituiscono dei tumori lobulati, granulosi, rossi. Sono i polipi *papillari* o *papillomatosi* (Gosselin). Duplay, in causa del loro stroma connettivo, li colloca fra i polipi fibrosi, ma sono tumori piccoli e molli. A questi polipi si possono ascrivere molti casi di *villous tumor* degli Inglesi, ed i *polipi granulosi* di Paquet (di Lilla). I *polipi ghiandolari* dello stesso autore e di D. Mollière sono adenomi come i polipi follicolari, con ipertrofia semplice delle ghiandole.

Infine Gosselin descrive un'altra varietà in cui si trova uno stroma cellulare, racchiudente delle cellule embrionali, dei corpi fusiformi, o dei capillari venosi dilatati, come pure alcune ghiandole e con un rivestimento epiteliale cilindrico (C. e Ranvier) o pavimentoso (Allingham). Sono i polipi *carnosi* o *sarcomatosi.* Carll Wed (London, 1885) aveva indicato una struttura fibro-embrionaria in certe produzioni rettali. In tutti questi fatti non si tratta di sarcoma nel senso in cui l'intendiamo presentemente, ma di produzioni della mucosa.

I polipi *fibrosi*, abbiamo detto, appartengono all'età adulta; tuttavia non v'ha niente di assoluto. Verneuil ne ha osservati in una giovane di 23 anni; Vidal, in un malato di 20 anni; Dotzauer di Bomberg, in fanciulli di 3, 5 e 7 anni; Diday in una ragazza di 13 anni. Il caso di Macfarlane, che sembra riferirsi ad un polipo fibroso, apparteneva ad un bambino di 4 anni.

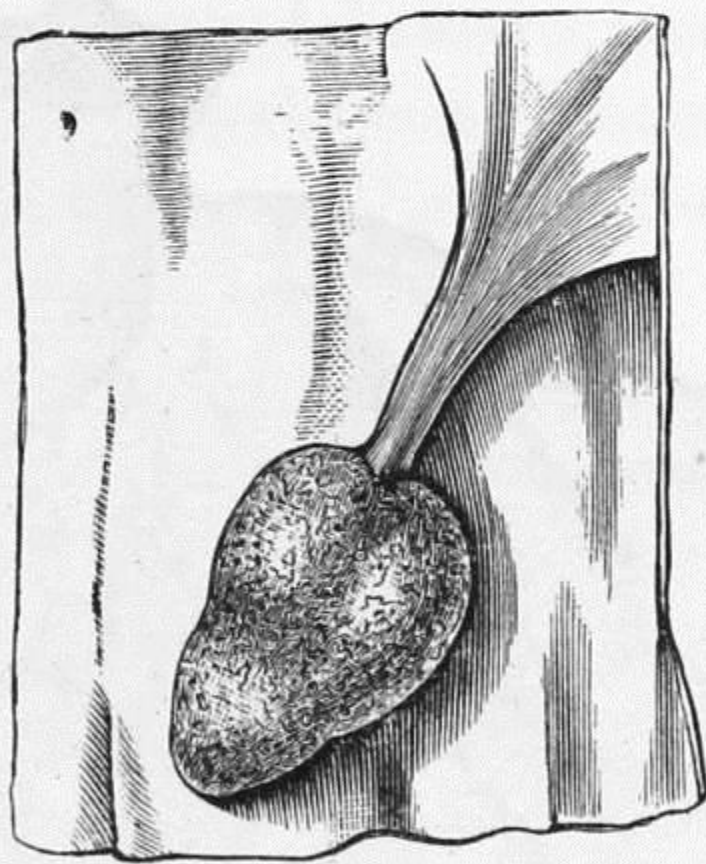



Fig. 6. — Polipo mucoso.

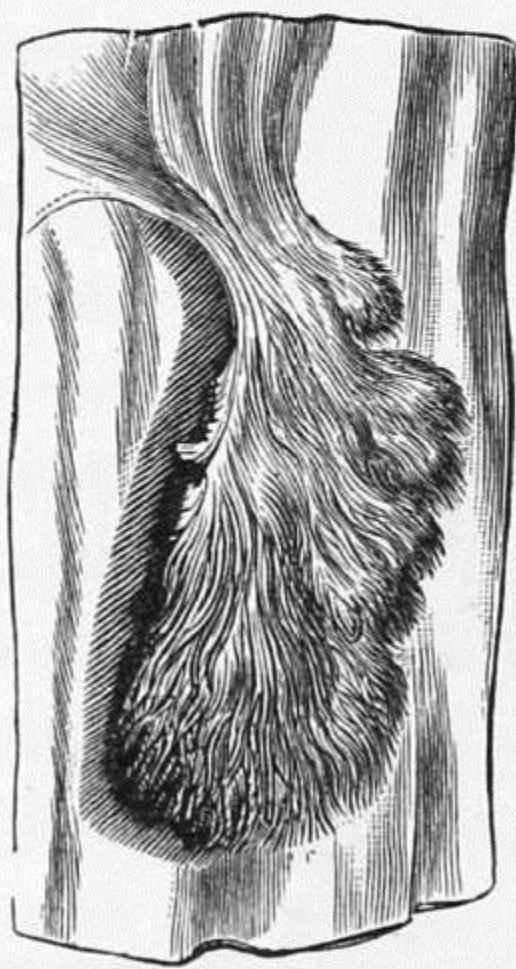



Fig. 7. — Polipo papillare.

Questi tumori sono duri, rossi sul vivente, bianchi dopo l'ablazione, ricoperti d'una mucosa sottile, liscia o mammellonata; il tessuto stride sotto lo scalpello. Insomma, ciò ricorda molto, ad occhio nudo, i miomi uterini, tanto più che vi si osservano sovente anche delle fibre; solamente queste fibre, in luogo di essere stratificate come nei miomi, sono disposte senza ordine determinato.

La struttura istologica di questi tumori non è completamente dilucidata; in alcuni si sono trovati degli elementi muscolari lisci (Malassez), sarebbero dunque dei miomi; il più gran numero sono dei fibro-miomi; vi si è anche trovato del tessuto elastico (Billroth). Un campione del museo Hunter a Londra mostra uno di questi tumori sviluppato nella tonaca muscolare dell'intestino.

L'*elemento vascolare* vi è variamente distribuito, ma sempre *abbondantemente*, cosicchè questi tumori diminuiscono notevolmente dopo l'ablazione; alla loro superficie decorrono dei grossi vasi aderenti ai tessuti; essi restano beanti se vengono aperti, donde l'importanza delle emorragie. È forse a questa ricchezza vascolare che si deve la frequenza delle *cisti* che si incontrano, a meno che non si tratti d'una degenerazione (D. Mollière). Il caso di Gerdy, che abbiamo riferito più sopra, si avvicina di più a questi polipi fibrosi che ai polipi molli.

Questi polipi fibrosi pigliano origine sempre al di là della mucosa, sia nello spessore della parete rettale, sia anche all'infuori di essa, poi s'invaginano nel retto, incappucciandosi colla mucosa. Negli sforzi della defecazione, hanno una tendenza a portarsi verso l'esterno; allora sollevano di più la mucosa, la distendono, l'assottigliano, e ben presto si *peduncolizzano;* questo peduncolo, lungo e gracile, è dunque costituito da elementi del retto e non dal tessuto del tumore. Il tumore progredendo può trascinare la mucosa ed il retto tutto intiero in forma di *prolasso;* può anche trascinare il *peritoneo.* Esistono nella scienza più fatti

in cui l'estirpazione è stata seguita da morte per peritonite dovuta alla lesione della sierosa invaginata nel peduncolo.

Questi polipi fibrosi, sono, insomma, rari, sopra tutto se è vero, come crede Allingham, che si siano prese sovente per polipi duri delle semplici sporgenze emorroidarie che avevano subita la trasformazione fibrosa. Così noi non possediamo che dei dati incompleti sulla loro storia.

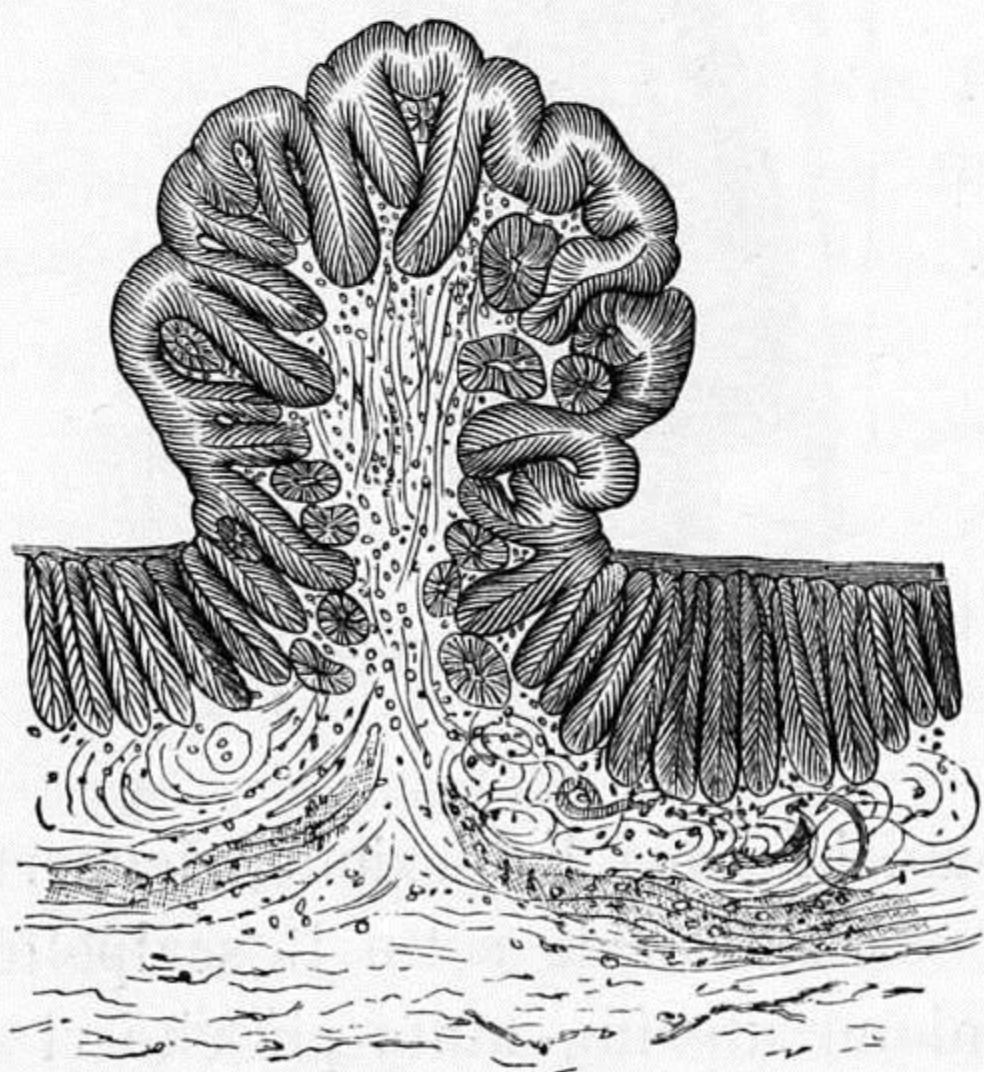



Fig. 8. — Sezione d'un polipo papillare.

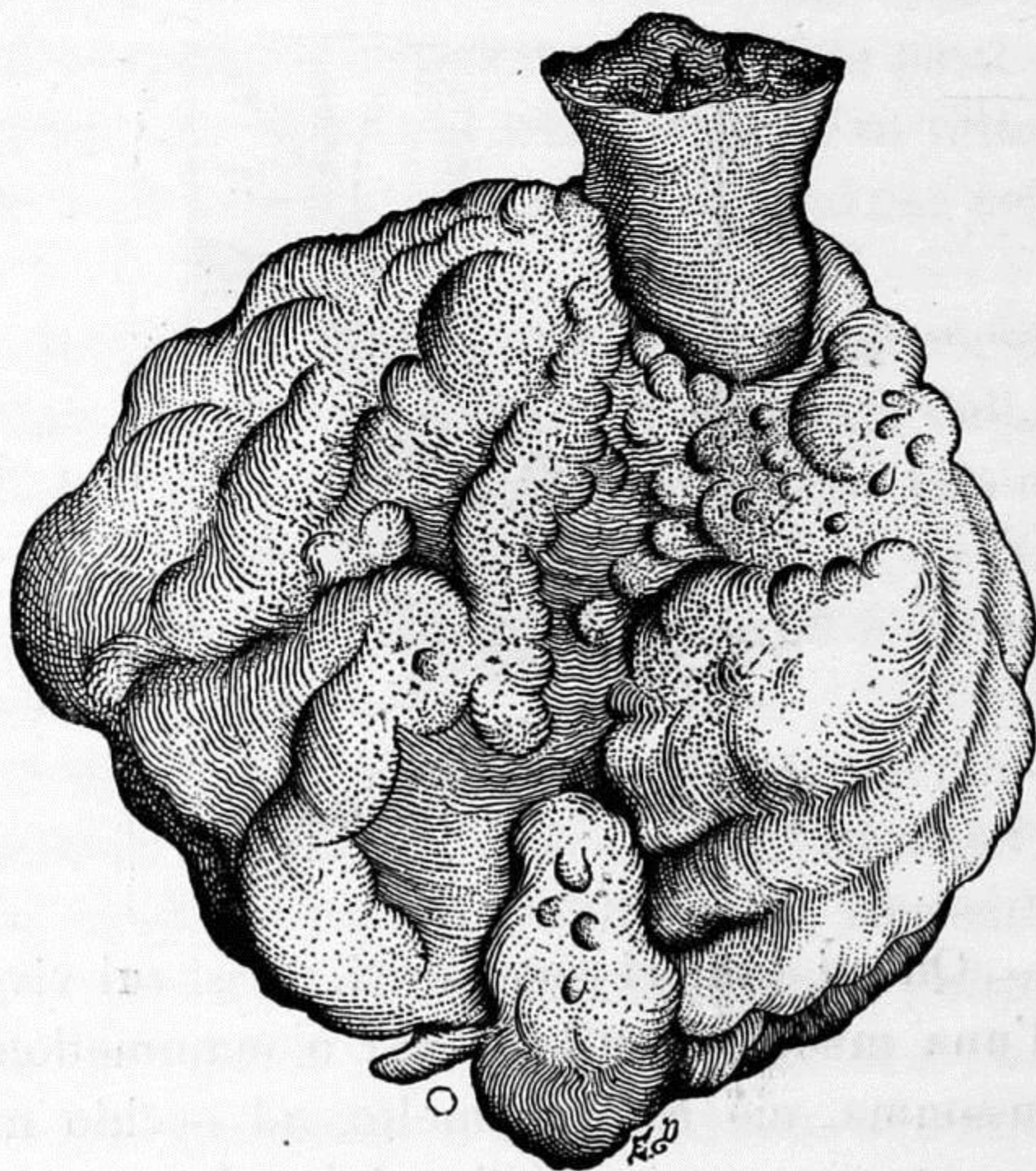



Fig. 9. — Polipo rettale, grossezza naturale (S. Pozzi).

Questi polipi, sovente unici, possono essere multipli (Macfarlane di Glascow): contrariamente a quello che si osserva per i polipi molli, essi possono acquistare un grande volume (noce, pomo, arancio). Talvolta progrediscono lentamente, Altra volta si sviluppano abbastanza in fretta.

Sintomatologia. — Per un tempo abbastanza lungo i polipi passano inosservati perchè non dànno luogo ad alcun fenomeno od a fenomeni poco importanti, come un senso di peso alla regione, stimolo frequente d'andare di corpo, con o senza tenesmo.

Ma ad un certo momento, si potranno produrre diversi fenomeni, che attireranno l'attenzione. Questi fenomeni saranno le *emorragie* ed i *disturbi della defecazione.*

Le *emorragie* sono frequenti, esse costituiscono il sintoma capitale dei polipi, e nel fanciullo, in particolare, questo sintoma è caratteristico se è ben osservato. Queste emorragie possono essere intermittenti e non prodursi che al momento della defecazione o possono anche prodursi frequentemente. La loro abbondanza in ciascuna perdita, o la loro quantità se le perdite si ripetono, può essere tale da produrre una rapida anemia, con dimagramento, colore giallo-pallido dei tegumenti, perdite di forze.

Oltre il sangue, il malato perde abbastanza sovente delle *materie catarrose* di odore fetidissimo, talvolta in abbondanza tale da simulare una vera diarrea. Queste perdite contribuiscono per buona parte all'indebolimento generale dell'organismo.

I *disturbi della defecazione* sono frequenti, ma sono sovente senza caratteri. Guersant insiste molto sulla presenza di una scanalatura sul bolo fecale. Ciò fu indicato per ben altre malattie del retto e non ha un valore reale.

La defecazione può essere accompagnata da sforzi violenti e da *dolori vivi.* Per ciò che concerne il dolore, bisogna distinguere: se il polipo è situato in alto, e se *giammai non esce*, il dolore è minimo, la defecazione si compie facilmente. Se è situato in basso, se sopra tutto *esce,* allora si hanno dei dolori vivissimi. Può succedere che il polipo esca e rientri a ciascuna defecazione; questo fenomeno è importante, perchè non può appartenere che ai polipi ed alle emorroidi. La procidenza del polipo può essere seguita dalla sua infiammazione, dal suo strozzamento, dalla sua gangrena superficiale con perdita di liquidi di odore infetto e con emorragie abbondantissime. Questa procidenza, ripetendosi, dilata talvolta l'orificio anale, il che faciliterà ancora il prolasso che ha già molta tendenza a prodursi. Talvolta, prendendo nel retto un grande sviluppo, il polipo trascina in alto l'ano che diventa infundibuliforme.

I *fenomeni generali*, quando esistono, sono quelli delle anemie; perdita di forza, lipotimie, sincopi, disturbi digestivi, dimagramento generale.

Fig. 10. — Polipi multipli del retto.

Decorso ed esito. — Il decorso è ordinariamente lentissimo; in qualche raro caso di polipi fibrosi, esso è relativamente rapido. La guarigione spontanea può prodursi per rottura del peduncolo e con evacuazione del polipo. Ciò avviene al momento della defecazione, e sopra tutto nel fanciullo. Tuttavia, si può osservare nell'adulto in caso di polipo fibroso: questo è il caso del malato di Enaux, che dopo aver preso un purgante, emise due polipi fibrosi. È vero che ciò non gli impedì di soccombere a fatti infettivi dopo l'ablazione d'un terzo polipo colla legatura (Daniele Mollière).

Le emorragie possono mettere il malato in una situazione molto critica, ma esse cessano immediatamente dopo l'ablazione del polipo.

In alcuni casi infine fu osservata l'*atrofia spontanea.*

Prognosi. — La prognosi è *benigna;* i polipi molli non recidivano giammai; i polipi fibrosi possono riprodursi, ma non si generalizzano, e scompaiono se si levano a misura che si riproducono.

Soltanto le complicazioni, procidenza, prolasso, infiammazione, sfacelo e sopra tutto le emorragie possono oscurare il pronostico.

Diagnosi. — I disturbi della defecazione, le *emorragie* fissano l'attenzione sul retto, ma non bastano per la diagnosi; qualunque sia il loro valore, nel fanciullo almeno ci vuole qualcosa di più.

Ora due condizioni possono presentarsi:

1° Il *polipo sorte;* allora è facile riconoscerlo; infatti, il *prolasso* rettale presenta al suo centro un orificio per mezzo del quale si penetra nel retto, ed un solco periferico senza alcun peduncolo; le *emorroidi* sono ordinariamente multiple e si riducono agevolmente colla pressione.

2° Il *polipo non sorte:* allora la diagnosi è più difficile. In alcuni casi si potrà, invitando il malato a fare degli sforzi di defecazione, *vederlo, afferrarlo,* ed esaminarlo. Il più sovente l'esame del retto s'impone. L'esplorazione riconoscerà agevolmente il tumore peduncolato, se è un po' grosso e resistente, ma il tumore può sfuggire davanti al dito. Perciò Giraldès consiglia con ragione di spingere il dito prima molto in alto seguendo la parete anteriore, poi di ricondurlo dall'alto in basso seguendo la parete posteriore sulla quale si impiantano più sovente i polipi.

Chassaignac consigliava, per facilitare quest'esplorazione, di riempire l'ampolla di liquido; egli ha proposto anche di far uscire il polipo coll'aiuto d'un pallone che s'introduce vuoto abbastanza alto, che si gonfia in seguito e si ritira abbastanza bruscamente per trascinare il polipo.

L'*esplorazione rettale* distinguerà agevolmenle il polipo da un *restringimento*, da un *neoplasma* e da una *invaginazione intra-rettale.* L'uso della *sonda,* sempre *pericoloso,* è per lo meno *inutile:* lo *speculum* non potrà essere usato in tutti i casi, e non fornirà sovente che dei dati assai vaghi; non di meno vi si può ricorrere quando questo esame è possibile.

L'esplorazione digitale non solamente potrà farci riconoscere il polipo, ma ci informerà sulla sua sede, sul suo volume, sulla sua natura, sulla consistenza, sullo stato del peduncolo, tutti ragguagli utili per la cura.

Cura. — L'evoluzione dei polipi, la rarità estrema della guarigione spontanea, la possibilità di complicazioni serie, prolasso, emorragie, obbligano il chirurgo ad intervenire facendo scomparire il tumore coll'ablazione.

Ora diversi processi sono stati impiegati per arrivare a tale scopo.

1° La *legatura.* È il processo seguìto da tempo più antico.

Essa è facile ad eseguirsi quando il polipo è procidente ed il suo peduncolo gracile: una sola legatura in massa basta; se il peduncolo è grosso, lo si attraversa con un filo e si fa una legatura doppia o multipla (Huguier, Roux). È bene esplorare il peduncolo ed assicurarsi che non contenga un prolungamento peritoneale, con intestino (caso raro).

Se il polipo è ancora nel retto, si cercherà coll'aiuto di clisteri, di purganti, di sforzi di defecazione, di farlo uscire e lo si legherà come precedentemente. Se non lo si può far uscire, si va a far la legatura nel retto passando dall'ano tenuto aperto con valve; è abbastanza difficile serrare il nodo; cosicchè si immaginarono per ciò numerosi strumenti.

Fatta la legatura, vi sono due modi di procedere: o lasciare che il polipo si distacchi solo (in questo caso, se è procidente lo si unge con un corpo grasso

e lo si riduce); od invece se ne fa la *escisione* immediata al disotto della legatura, con o senza *cauterizzazione* ignea del peduncolo. Questa escisione non espone all'emorragia che se la legatura non è ben fatta.

La *legatura elastica* è stata poco usata; ha dato dei buoni risultati, e non offre niente d'irrazionale.

2° La *escisione* semplice senza legatura preventiva è stata impiegata nei casi di peduncoli lunghi e gracili. Essa si fa colle forbici od anche colle unghie. Può essere seguita da emorragia, che si combatterà colle iniezioni ghiacciate, coll'applicazione dell'acqua di Pagliari, col tamponamento. Chassaignac escideva alquanto di mucosa a livello del peduncolo, poi faceva una sutura della ferita. L'emorragia è raramente seria; è facile evitarla non eseguendo la escisione che dopo la legatura.

3° Lo *schiacciamento* è stato fatto in due maniere: con una specie di *clamp*, da Rizzoli; collo schiacciatore da Chassaignac. Se il polipo è intra-rettale e situato abbastanza in alto, bisogna peduncolizzarlo previamente con una legatura (Chassaignac). Questo metodo non offre vantaggi che se il peduncolo è grosso e molto vascolarizzato.

Allingham applica un *clamp* sul peduncolo e lo lascia in sito 24 ore. Questo tempo basta ad arrestare la circolazione del polipo ed a provocarne la caduta.

4° Lo *strappamento* e la *torsione* costituiscono il processo di Giraldès; consiste nell'afferrare il polipo con una *pinzetta da polipi* e nel torcerlo sopra sè stesso sino a che si distacchi « come un frutto che si vuol cogliere ». Lo strappamento semplice che riesce benissimo quando il peduncolo è gracile, diventa di un'applicazione difficile con un grosso peduncolo, perchè espone allora alla lacerazione od al prolasso della mucosa (A. Guérin); è meglio combinarlo colla torsione. Richet in un caso in cui levò più polipi con questo processo, cauterizzò col ferro rovente cadun punto d'inserzione.

5° Non faremo che accennare alla distruzione coi *caustici*, processo lento e doloroso, d'altronde abbandonato da lungo tempo; l'ablazione coll'*ansa galvanica* è molto più pratica; il suo solo inconveniente è di richiedere un materiale abbastanza importante.

In riassunto, la cura dei polipi del retto deve farsi nel modo seguente:

Polipo molle con peduncolo lungo e gracile: torsione e strappamento.

Polipo duro con peduncolo di piccolo volume: legatura, escisione immediata al disotto, cauterizzazione del peduncolo.

Polipo con grosso peduncolo: schiacciamento lineare, o meglio ablazione coll'ansa galvanica.

In tutti i casi in cui si pratica la cauterizzazione, bisogna ben proteggere le pareti del retto per non bruciarle e non dar luogo ad un *restringimento cicatriziale consecutivo*.

2° DEGLI ALTRI TUMORI MALIGNI

AVEZOU, *Bulletin de la Société anatomique*, 1875. — BARKER, *Medico-chirurgical Transact.*, vol. XLVI. — CASTELAIN, *Gaz. hebdomadaire*, maggio 1870. — DOLBEAU, *Bulletin de la Société anatomique*, serie 2ª, t. V, pag. 6. — GOETZ, *Progrès médical*, 1876. — GASTON GRENET, De la sarcomatose rectale. Tesi di Parigi, 1887. — ROGNETTA, Des verrues de l'intestin rectum; *Gazette médicale*, Parigi, giugno 1835.

All'infuori dei polipi, i tumori benigni di cui il retto può eccezionalmente essere sede, sono rari e d'un interesse mediocre.

a) *Vegetazioni e tumori villosi.* — Le *vegetazioni* sono rare nel retto; non si vedono mai formare nè quelle *creste di gallo*, nè quei *cavolfiori* che si osservano così frequentemente all'ano e sulla vulva. Esse sono meno voluminose, più rade; stanno nella terza porzione, immediatamente al disopra dello sfintere. Il loro aspetto, la loro consistenza dura e cornea, la loro struttura ricordano le verruche, e Rognetta, uno dei primi che attrasse l'attenzione sopra di esse (1835), le designa sotto questo nome. Nella sua osservazione, vi era un gran numero di queste verruche nel retto della giovine ammalata che Sanson e Brechet escisero.

La storia di queste vegetazioni si confonde d'altronde molto sovente con quella della *rettite proliferante*, come noi abbiamo visto studiando quest'affezione.

Queste vegetazioni sono accompagnate d'ordinario da una rettorrea più o meno abbondante, con prurito e tenesmo, e sono tali fenomeni che attirano l'attenzione. L'ablazione per mezzo della escisione, coll'aiuto dello *speculum* bivalve, fa cessare tutti i disturbi.

Noi abbiamo già avuto occasione di parlare dei *tumori villosi* degli Inglesi. Sotto questa denominazione sono compresi dei tumori di natura molto diversa; alcuni non sono altro che dei polipi papillari di Gosselin. Ve ne sono altri che sono evidentemente polipi ghiandolari. Alcuni nondimeno pare abbiano una struttura particolare (Curling) ove dominano i vasi ed il tessuto fibroso; il tumore è ricoperto da uno strato epiteliale di cellule cilindriche le quali formano dei prolungamenti a foggia di cilindri cavi. Questi prolungamenti villosi giungono a costituire delle grosse masse, rosse, che facilmente dànno sangue. Quain, in una osservazione, ha dato all'affezione il nome di *tumore sanguinante*. Tuttavia Allingham, su tre malati osservati, non ha visto prodursi emorragia.

Questi tumori sono speciali all'età adulta ed alla vecchiaia; essi procedono molto lentamente, malgrado la loro ricca vascolarizzazione; lo scolo di sangue (Curling), delle perdite catarrose (Allingham) ne sono i sintomi principali. Sovente essi determinano il prolasso della mucosa.

Infine, contrariamente a quanto aveva creduto Rokitansky, questi tumori non si riproducono dopo l'ablazione, come ne fanno testimonianza le osservazioni di Allingham, di Curling, di Quain. Questa estirpazione può farsi, come per i polipi, per mezzo della escisione previa legatura, seguita dalla cauterizzazione.

b) *Fungo benigno.* — Questo nome indica dei piccoli tumori assolutamente analoghi per aspetto e per struttura ai bottoni carnei. Si osservano sulla mucosa dei bambini affetti da prolasso di essa. Questi *granulomi* non sono dolorosi, ma sanguinano facilmente ed abbondantemente, quindi bisogna combatterli. La miglior cura consiste nella cauterizzazione col *nitrato d'argento* che agisce tanto efficacemente su questi quanto sui bottoni carnei.

c) *Lipomi.* — Questi tumori sono rarissimi. Virchow e Sangalli ne hanno pubblicati alcuni casi. Nel suo trattato D. Mollière ne riferisce due osservazioni. Quasi sempre si tratta di lipomi intestinali espulsi colla defecazione, di maniera che non è ben sicuro che essi avessero avuta origine nel retto. Possono anche venire confusi coi lipomi della regione ano-coccigea. Questi lipomi sono abbastanza sovente più o meno modificati: talvolta la loro superficie è ispessita, indurita ed anche incrostata di sali calcarei, talvolta si trova al centro una cavità con del grasso fluido. Si comprende che con casi così poco numerosi, così poco precisi, sia, malgrado quelli di Avezon e di Castelain, difficile darne una descrizione particolareggiata.

d) *Fibromi.* — Noi non abbiamo trovato osservazioni di questa varietà di tumori. Il caso di Gœtz non è un esempio; infatti il tumore levato da Tillaux aveva sede nella fossa ischio-rettale.

e) *Encondromi.* — Se ne sono pubblicati parecchi casi; ma sono rarissimi; non si tratta d'altronde giammai di encondromi puri, ma bensì di degenerazione di tumori ghiandolari. Tale è il caso del tumore operato da Dolbeau, in cui Robin trovò la struttura di ciò che, secondo lui, si chiamava già tumore *eteradenico*.

f) Si sono segnalati due casi di *cisti dermoidi del retto,* tutti e due riferiti nel *Dictionnaire encyclopèdique*. L'uno appartiene a Barker, e l'altro è stato pubblicato da Danzel (di Amburgo) negli *Archivi di Langenbeck.* Queste sono curiosità patologiche, dalle quali non si può fare una descrizione clinica.

g) Barker, che abbiamo citato più sopra, ha ugualmente pubblicato un caso di *angioma* del retto che osservò all'*University College Hospital* e la cui relazione si trova nel Trattato di Ch. Ball. La struttura era quella dell'angioma cavernoso. H. Marsh ne ha ugualmente pubblicato un caso alla *Medico-chirurgical Society* (Ch. Ball). I fatti d'angioma del retto sono insomma rarissimi.

h) I *sarcomi* del retto, quantunque anche rari, sono più frequenti.

Rokitanski sembra che abbia pel primo separati questi tumori dal gruppo confuso dei cancri del retto. Senza dubbio egli ha scambiati questi tumori con sifilomi ano-rettali, tuttavia pare abbia nettamente veduti ed isolati dei sarcomi veri.

Gli autori però o taciono di questa varietà di tumore, ciò che è il caso più frequente, o non le consacrano che alcune parole. Nel 1887 il professore Trélat fece su questo soggetto un'importante lezione clinica a proposito di un caso suo personale. Questo fatto ha servito di punto di partenza ad uno dei suoi allievi per una monografia sulla *Sarcomatosi rettale* (1).

Da questo studio risulta che il sarcoma del retto può essere *primitivo* o *secondario.*

Il primitivo può essere *circoscritto* o *diffuso.*

---

(1) Grenet, 1887.

Quando è *circoscritto*, costituisce un tumore del retto di volume e di sviluppo variabile, che ha punto di partenza sotto la mucosa e non la invade che assai tardi. Questa varietà è estremamente rara.

Diffuso, il sarcoma del retto rinserra l'intestino in un cilindro che vi fa sporgenza e ne diminuisce il calibro; di modo che provoca dei fenomeni di restringimento.

Noi abbiamo avuto occasione di osservare un caso notevole di questa varietà.

Il sarcoma *secondario* può anche presentarsi sotto la forma *diffusa* e creare un restringimento neoplastico del retto. Raramente esso è *limitato* e costituisce un tumore circoscritto. Più sovente, forma più tumori piccoli e isolati gli uni dagli altri. È la forma *disseminata*.

La sarcomatosi secondaria presenta evidentemente un interesse chirurgico ben minore della sarcomatosi primitiva. Questa sola può essere efficacemente curata.

Dal punto di vista istologico, la maggior parte delle osservazioni indicano dei fibro-sarcomi. Tuttavia si possono incontrare le forme maligne, il sarcoma embrionario (Esmarch). Quivi, come altrove, esso decorre in modo estremamente rapido, ed invade rapidamente i tessuti e gli organi parietali; di maniera che quando si è chiamati a constatarne i disturbi, esso è già esteso al di là degli spedienti della chirurgia.

Secondo D. Mollière, si osservano sovente le forme *mieloidi*, nelle quali si vede la neoplasia prendere delle enormi proporzioni ed inglobare tutti gli organi del bacino senza ulcerarsi in alcun punto. Così avvenne per la malata alla quale io faceva allusione più sopra e che ho osservata. Questa malata, le cui funzioni intestinali ed orinarie erano considerevolmente imbarazzate, morì di ostruzione intestinale.

Si è osservato il *sarcoma melanotico;* Virchow e Maïer in Germania, Curling, Ashton, Gross in Inghilterra, ne hanno riferiti dei casi.

Infine Wagstaffe ha avuto occasione di incontrare un *sarcoma ossificante* rettale.

Il caso di Hulke, qualificato per *mixoma* peri-rettale, è un caso di mixosarcoma, perchè vi erano dei numerosi elementi fusiformi a lato di cellule ramificate e sferiche.

Il sarcoma rettale ha un decorso rapido, più rapido se è diffuso che se localizzato, più rapido se è secondario che se primitivo. Quando è disseminato circolarmente attorno all'intestino, esso provoca tutti i disturbi dei restringimenti del retto, e questi sconcerti aggraveranno rapidamente lo stato del malato.

La cura è essenzialmente chirurgica; essa non può evidentemente applicarsi che al sarcoma primitivo. Il modo d'intervento cambierà colla varietà osservata; estirpazione per il *tumore sarcomatoso; rettotomia* per il restringimento sarcomatoso non estirpabile; infine *ano artificiale* nei casi di sarcoma disseminato.

II. — CANCRO DEL RETTO

Curling, Maladies du rectum. — Desault, *Œuvres chirurgicales*, 1798. — Hecker, *Schmidts Jahrbücher*, 1870. — D. Mollière, Maladies de l'anus et du rectum. — Reclus, *Gazette hebdomadaire*, 1881. — Trélat, *Leçons de clinique chirurgicale*, t. II.

Gli antichi avevano confuso il cancro colle *scirrosità del retto*, denominazione che comprendeva la maggior parte delle affezioni di questa porzione dell'intestino, il cancro vero, i polipi, i restringimenti, le fistole, le emorroidi, ecc. Non è che recentemente che il cancro è stato isolato e classificato. Desault, alla fine del secolo scorso, era caduto in questa confusione, e Lisfranc, pel primo, pare abbia portata la luce in questo caos. Oggi la clinica più attenta e sopra tutto l'anatomia patologica più illuminata hanno nettamente chiarito che cosa si debba intendere per *cancro del retto*. Questa denominazione comprende ancora delle affezioni di natura istologica differente, ma aventi dei caratteri clinici comuni, cioè: il decorso invadente, la tendenza alla recidiva dopo l'ablazione, l'invasione delle ghiandole linfatiche, infine la generalizzazione ai visceri.

Poichè la storia del cancro anale si confonde con quella del cancro del retto, descriveremo sotto la denominazione di cancro del retto il cancro ano-rettale.

Eziologia. — È un'affezione relativamente poco *frequente;* su 4000 malattie del retto, Allingham nota solamente 105 cancri.

Il *sesso* sembra avere qualche influenza; l'uomo sembra più predisposto che la donna; secondo Czerny, la proporzione sarebbe di circa 62 uomini su 100 casi; Curling dice che si incontrano 2 uomini affetti per 1 donna. Se si fa entrare nel computo il cancro secondario, consecutivo per esempio al cancro uterino, questa proporzione non è più esatta.

L'influenza dell'*età* è manifesta, ma essa è comune a tutti i cancri, e non ha niente di speciale per il retto. Infatti lo si osserva sopra tutto dai 40 ai 60 anni (Czerny), però, più che in un altro organo, può essere possibile osservarlo in un'età meno avanzata. Noi l'abbiamo visto in due ammalati della Sezione di Trélat, di cui uno aveva 28 anni e l'altro 21 anno! Allingham e Gross l'avrebbero osservato in individui di 12, 15 e 18 anni; Gowland a 13 anni e Desprès a 16 anni!

Quanto alla *causa reale*, ci sfugge qui come per gli altri visceri, e la scienza non s'è ancora pronunciata sull'eziologia del cancro. Quanto all'influenza di cause affatto locali e banali come la stitichezza abituale, l'uso frequentemente ripetuto di purganti drastici, la vita sedentaria, la mestruazione ed i suoi fenomeni congestizi, il parto nella donna, ecc., essa è puramente *ipotetica*.

L'influenza dell'*eredità*, ammessa da alcuni autori, non è ancora nettamente stabilita. Io cito il fatto mio personale di una signora affetta da uno scirro del retto ed il cui padre era morto in seguito ad un cancro del retto; ma è eccezionale.

Anatomia patologica. — Il cancro del retto è *primitivo* o *secondario*. Questa seconda forma si osserva sopra tutto nella donna, in cui il cancro uterino è

frequente: nell'uomo non vi ha quasi che il cancro della prostata, il quale diventando prostato-pelvico, possa invadere il retto (Guyon).

Noi parleremo principalmente del cancro primitivo, perchè l'anatomia patologica del cancro propagato si confonde con quella della lesione iniziale.

Sono numerose le *varietà istologiche* le quali si possono qui incontrare. Cruveilhier pensava che la più frequente era il *cancro colloide;* ma egli faceva entrare nel cancro colloide tutti i tumori maligni molli; ora il cancro epiteliale può presentarsi sotto questo aspetto quando è *cilindrico*. In realtà gli anatomo-patologici contemporanei sono d'accordo con Nélaton, per ammettere che l'*epitelioma* è il cancro più frequente. Hecker, su 34 cancri, nota 21 epiteliomi.

L'epitelioma si presenta sotto due forme, *cilindrica* e *lobulata.* Queste due forme dipendono da un'origine differente del cancro. Se è partito dall'ano, si osserva l'epitelioma lobulato; l'epitelioma cilindrico appartiene al cancro primitivamente rettale, che è il caso più comune; quindi l'epitelioma cilindrico è ben più frequente che il *lobulato.* Questo consiste in un ammasso di cellule epiteliali pavimentose, stratificate o non, in mezzo alle quali si trovano dei globi epidermici. È la struttura del cancroide. D'altronde l'inizio è lo stesso, vi ha una specie di verruca che progredisce, che resta lungamente secca, ma che, allorquando si è ulcerata, decorre molto rapidamente approfondandosi, ed invadendo man mano i tessuti assai più verso il perineo che verso il retto nel quale risale poco.

L'epitelioma *cilindrico,* ben più frequente, comincia dalle ghiandole dell'ampolla. Vegeta verso l'interno dell'intestino, nello stesso tempo che i tubi ghiandolari rotti invadono con una moltiplicazione epiteliale le altre tonache dell'intestino e ad un dato momento gli organi delle vicinanze. Le vegetazioni sono *molli* e *friabili;* l'invasione neoplastica e la reazione infiammatoria induriscono la sua base; esso subisce infine sovente la degenerazione colloide. Queste particolarità anatomiche spiegano come Cruveilhier abbia creduto che il cancro colloide fosse il più frequente, e come gli Inglesi, con Smith, ammettano che la forma ordinaria sia lo scirro.

L'epitelioma cilindrico decorre molto più rapidamente del lobulato.

Il *carcinoma* si presenta sotto due aspetti: l'*encefaloide* e lo *scirro.*

L'*encefaloide* era ritenuto frequentissimo prima che il microscopo avesse dimostrato che l'epitelioma poteva simulare l'encefaloide; in realtà è raro. Lo si osserva in individui giovani; forma dei tumori assai voluminosi, molli, molto vascolarizzati, a decorso eccessivamente rapido.

Lo *scirro,* quantunque molto meno frequente che non lo credano gli Inglesi, è tuttavia assai meno raro dell'encefaloide. Esso comincia nello spessore delle tonache del retto, forma una massa dura, omogenea, non vegetante, invadente i tessuti perirettali.

Ha una grande tendenza alla retrazione e dà luogo sovente ai sintomi del restringimento; subisce abbastanza spesso la degenerazione colloide. Secondo Allingham e D. Mollière comincierebbe quasi sempre di fronte alla prostata, all'unione dell'ampolla colla terza porzione del retto.

Il *cancro colloide* è frequente, se consideriamo come tali gli epiteliomi, o gli scirri che hanno subita la degenerazione; come entità morbosa poi e varietà istologica primitiva, esiste, quantunque rarissimo.

Esso si presenta sotto l'aspetto di tumori voluminosi, lobulati, fungoidi, *molli*, friabili e *diffusi*. Eccezionalmente ha tendenza a peduncolizzarsi, il più delle volte procede per *infiltrazione*.

Il *mixoma*, frequente secondo Cruveilhier, è al contrario d'una tale rarità da costituire una curiosità patologica, e si cita sempre l'unica osservazione di Hulke, ed ancora il mixoma in questo caso sembrava essersi sviluppato primitivamente al di fuori del retto che aveva invaso secondariamente (D. Mollière).

Non ritorneremo sul *sarcoma* del retto che abbiamo studiato nel capitolo dei tumori del retto; ricordiamo solamente che può essere *primitivo* o *secondario*: che si sono osservate tutte le varietà, in particolare il sarcoma *melanotico* (alcuni casi), il *mieloide* (raramente), che infine, in un caso, si è osservato un sarcoma *ossificante*.

Sede. — Il cancro può svilupparsi in un punto qualsiasi del retto. Tuttavia le porzioni inferiori sono più sovente affette che non le superiori; è vero che queste sono meno accessibili e che un certo numero di cancri hanno così potuto passare inosservati (Nélaton). Hecker, su 15 casi, ne cita 9 situati nella parte inferiore, 3 nella parte media, 3 nella superiore. Il cancro di Broussais risiedeva nella parte media. Queste cifre si applicano al cancro primitivo; il cancro secondario si sviluppa in corrispondenza del cancro primitivo (prostata, utero).

Per ciò che riguarda il cancro inferiore, può aver sede in un punto qualunque dell'ano sino ad 8 o 10 centimetri al disopra.

Forme. — Il cancro può presentarsi sotto due forme: la forma *circoscritta*, costituente dei tubercoli, delle nodosità, delle masse più o meno polipose, ulcerate sovente alla loro sommità, e la forma *diffusa* o infiltrata irradiante nello spessore delle tuniche del retto.

Il cancro circoscritto è quasi sempre *laterale* o *parziale*, però, quantunque parziale, può diffondersi e diventare *circonferenziale*.

Ma esso può essere *circolare* od a *ghiera*; questo si osserva sopra tutto nello *scirro*, e nelle forme infiltrate. Tale disposizione circonferenziale può portare ad un *restringimento*. Questo restringimento carcinomatoso si accompagna colla *dilatazione* soprastante che abbiamo osservato nel restringimento propriamente detto, con una ulcerazione con margini frastagliati e vegetazioni della mucosa, lesioni che potranno servire per punto di partenza ad *ascessi* ed a *fistole*. Può diventare tale che il lume dell'intestino sparisca quasi completamente (Ruysch) (cancro atrofico di Vidal de Cassis). Oltre la disposizione in forma di *tumore*, di *restringimento*, di *infiltrazione*, si può osservare il cancro a forma *ulcerata*.

L'ulcerazione, in questo caso, ha i caratteri dell'ulcerazione cancerosa, vale a dire riposa sopra una base largamente e profondamente indurita, ed è ricoperta di vegetazioni dure, sanguinanti assai facilmente.

Nélaton ha richiamato l'attenzione sul cambiamento di direzione che imprime al retto l'invasione limitata o irregolare delle sue pareti e consiglia di praticare l'esplorazione con precauzione perchè, volendo seguire la direzione normale, non si attraversi il cancro producendo una perforazione.

Citiamo, quale semplice curiosità, una fistola che faceva comunicare il retto, al disopra del cancro, coll'articolazione coxo-femorale, fatto segnalato da H. Smith.

Evoluzione. — Le lesioni sono progressive, si estendono ed in larghezza ed in profondità, dimodochè, primitivamente limitate alle tonache del retto, possono ad un dato momento invadere i tessuti circonvicini, il che aumenta le difficoltà terapeutiche. Questa invasione verso l'esterno e l'altezza della lesione sono clinicamente i due punti più importanti. In capo ad un certo tempo, variabile colla varietà istologica del cancro, questo si *ulcera* e si distrugge alla superficie. È allora che si vedono in qualche caso cessare i fenomeni di restringimento e sostituirvisi una incontinenza.

Il cancro si ripercuote sulle *ghiandole linfatiche*, ma tardamente; nel cancro anale sono invase le ghiandole inguinali del gruppo supero-esterno, nel cancro rettale quelle del meso-retto.

La *generalizzazione* è abbastanza rara; il cancro del retto si svolge in sito; di maniera che se nell'intervento si possono oltrepassare largamente i limiti del morbo, l'opera potrà essere efficace. Si possono tuttavia osservare dei nodi secondari nei principali visceri, polmoni, ovaia, epiploon, e principalmente nel fegato.

Nella sua *propagazione* eccentrica, il cancro può interessare gli organi del bacino, prostata, vescica, uretra, utero, vagina; la parete retto-vaginale è sovente invasa; ho visto in una malata invasi la vagina, l'utero e la vescica. Tutta la escavazione era occupata da un tumore duro, ligneo, che aveva avuto il suo punto di partenza nel retto; per altro non era ulcerato. Ho osservato lo stesso fenomeno in una malata operata da Trélat. Grazie ad un ano lombare questa ammalata sopravvisse più di due anni, di maniera che fu possibile assistere ad una lunga evoluzione del male che ebbe tempo di invadere tutti gli organi del bacino, il peritoneo, l'epiploon, e che causò la morte per cachessia senza essersi generalizzato. Questa propagazione al peritoneo è rara, poichè il più delle volte gli ammalati soccombono prima d'aver potuto esservi esposti.

Sintomatologia. — Dal punto di vista dei sintomi, noi potremmo considerare il cancro del retto in tre periodi della sua evoluzione: nel periodo *iniziale*, nel periodo di *acme*, nel periodo di *discesa*.

Ciò che caratterizza il *periodo iniziale* è l'assenza di sintomi, o la presenza di sintomi così insidiosi che l'attenzione del malato non è attratta al retto. Allingham cita il fatto d'un cancro che egli fu molto stupito di trovare in un uomo che aveva tutte le apparenze della salute e veniva a consultarlo per contrattare un'assicurazione sulla vita. Non vi ha un chirurgo che non abbia almeno un fatto analogo da citare e molti potrebbero riferire dei casi in cui, quando comparvero i primi fenomeni ed il malato venne a consultarli, trovarono un neoplasma digià al disopra degli espedienti della chirurgia. Allingham, colpito da questo fatto, ne deduceva delle conclusioni disperate e sconsolanti per l'intervento chirurgico. La deduzione nostra sarà di raccomandare di non esitare a far un'esplorazione rettale accurata ed attenta, per poco che un disturbo, anche minimo, attiri l'attenzione sull'ano o sul retto (Trélat). Bisogna dunque tenere gran conto dei leggieri disturbi che possono segnare i primi momenti della evoluzione del male, come: peso al basso ventre, nel bacino, dolori vaghi alla regione, feci ricoperte di un po' di catarro sanioso o sanguinolento, difficoltà nella defecazione, costi-

pazione ostinata, accessi di diarrea incomprensibili, false defecazioni, piccoli scoli che attirano l'attenzione del malato, sopra tutto se si tratta di un uomo, per ciò che macchiano la camicia, disturbi digestivi, talvolta un po' di dimagramento, di diminuzione di forze, fenomeni insomma abbbastanza vaghi, ma che, in capo a qualche mese, finiscono per accentuarsi di più, localizzandosi verso le parti terminali del tubo digerente.

Questo periodo iniziale, secondo i casi, e sopra tutto secondo la varietà istologica, può durare delle settimane, dei mesi od anche uno o più anni.

Il *periodo d'acme* è segnato dalla comparsa dei principali sintomi del cancro del retto. Questi sintomi possono essere raggruppati in due tipi clinici, secondo che si tratta d'un *cancro molle vegetante* (epitelioma cilindrico in degenerazione, cancro colloide, ecc.), o d'un *cancro duro infiltrato* (scirro, certi sarcomi).

Nella forma vegetante, ciò che colpisce sono meno le difficoltà della defecazione, che le materie rese. Infatti il malato è affetto da una *diarrea* persistente, assolutamente tenace, contro la quale gli astringenti, le polveri inerti sono state inutilmente adoperate. Questa diarrea è accompagnata da *bruciori* vivissimi all'ano; da *premiti* e da *tenesmo* dolorosissimi. Le materie emesse sono: materie fecali diluite, catarri saniosi e sanguinolenti, detriti organici in isfacelo, il tutto esalante un odore d'una grande *fetidità*.

Eccezionalmente il malato è stitico, ma allora la costipazione è interrotta da una scarica profusa, che non solamente rigetta in quantità considerevole delle materie fecali e catarrali, ma anche una quantità notevole di materie organiche in isfacelo, assolutamente analoghe a quelle masse che si distaccano talvolta dal collo uterino affetto da epitelioma. La scarica è allora seguita da una diarrea persistente.

Vi sono abbastanza sovente delle *emorragie,* esse non hanno importanza che per la loro durata o per la loro ripetizione; sono poco abbondanti per sè stesse. Il sangue si mescola al catarro, ai liquidi intestinali, ed il tutto è evacuato sia colle materie fecali, sia per mezzo di una falsa defecazione. La presenza del sangue si rivela per una colorazione di catrame o di posatura di caffè, analoga a quella del melena. Eccezionalmente le emorragie sono abbastanza abbondanti per ispiegare, se non per giustificare, l'appellativo di *emorragica* dato a questa forma.

Le perdite saniose, le perdite di sangue, i dolori del tenesmo, i bisogni incessanti di defecare, l'insonnia, le preoccupazioni del malato producono presto una grave percossa al suo *stato generale;* dimagrisce rapidamente, perde le forze, prende quella tinta giallo-paglierina, di cui si è voluto fare una caratteristica troppo assoluta del cancro. I *disturbi digestivi* accelerano ancora la denutrizione; vi ha da principio inappetenza, in seguito disgusto per certi alimenti, per la carne il più sovente, poi per quasi tutti gli alimenti; più tardi possono sopravvenire dei *vomiti.*

Poichè il tumore si sviluppa nello spessore delle tonache del retto ed alla sua periferia, va ad invadere la *parete retto-vaginale*, l'*utero*, e si potranno vedere scoppiare i fenomeni d'un cancro secondario di quest'organo. Il debole spessore della parete retto-vaginale, la tendenza allo sfacelo dei tessuti neoplasici, la friabilità dei tessuti invasi, dànno ragione della possibilità d'una distruzione più o meno estesa di questa parete seguita dal passaggio incessante delle materie fecali ed icorose per la vulva.

Nell'uomo, se vi ha invasione degli organi *genito-orinari*, il cancro provoca qualche volta la ritenzione d'orina, più sovente la cistite col suo corteo di dolori, di accessi frequenti di tenesmo vescicale. Le distruzioni di tessuto potranno produrre l'apertura della vescica, il passaggio dell'orina nel tubo digerente o delle materie fecali e dei gas per l'uretra (Curling).

I *dolori* poco intensi, sordi al principio, diventano nel periodo di acme qualche volta molto accentuati *(forma dolorosa);* questi dolori sono *locali* ed *irradianti.* I dolori locali consistono in costrizioni, dovute alle contrazioni muscolari dell'intestino; i dolori irradianti risultano da trafitture verso il sacro, il coccige, le fosse iliache od ancora verso il perineo, gli organi genitali esterni.

Si comprende che il malato, per i dolori, per le evacuazioni frequenti, pel dimagrimento, per la perdita delle forze, sia rapidamente obbligato a lasciare ogni lavoro, ogni fatica; relegato in casa dapprima, è presto condannato a letto, in cui finisce di morire nello stato più miserando.

Non è tutt'affatto sotto il medesimo aspetto, almeno nei primi tempi, che si presenta il malato affetto da un *cancro duro*, infiltrato, in particolare da uno scirro del retto. Qui nessuna vegetazione, ma una infiltrazione a nappo delle tuniche, che toglie loro ogni elasticità, rispettando la mucosa che si raggrinza alla superficie, diminuendo anche colla sua retrazione il calibro dell'intestino; quindi i disturbi *locali* sono quelli del restringimento del retto.

E sotto questo punto di vista, bisogna distinguere due periodi: quello in cui vi ha restringimento canceroso e quello in cui vi ha restringimento ed *ulcerazione*.

Nel primo caso, il malato presenta una *costipazione ostinata;* solo ogni otto, dieci, quindici giorni, ed anche ad intervalli di qualche settimana egli va di corpo. Durante questo tempo, l'accumulo delle materie, dei gas, produce un *rigonfiamento* talvolta grandissimo del ventre, poi sotto l'influenza delle secrezioni intestinali, qualche volta di purganti, le materie diventano semi-liquide ed una scarica di materie e di gas in quantità talvolta inverosimile, migliora la situazione per più giorni, poi si stabilisce un nuovo periodo di stitichezza. Senza che il malato soffra in modo notevole, senza alterazione visibile dello stato generale, le cose possono durare così abbastanza a lungo, a meno che una complicazione, *ascesso periret-tale* od *ostruzione intestinale* non venga a modificare il quadro. Ma l'ulcerazione si costituirà al disopra del restringimento, ed allora colle materie fecali il malato emetterà del catarro, del sangue, dei liquidi saniosi giallastri, estremamente fetidi; poi sopravvengono gli stimoli frequenti, le false defecazioni, i premiti, l'irritazione e le eruzioni della regione anale, ecc. Le alternative di costipazione e di diarree si succedono senza interruzione, le scariche dànno luogo a dolori atroci, le *funzioni digestive* per lungo tempo poco turbate si alterano, il dimagramento, la denutrizione fanno dei rapidi progressi, la *tinta giallo-paglierina* compare, il malato entra nel terzo *periodo* presso a poco nello stato identico di quello del tipo clinico precedente. Qualche volta alla costipazione succede l'*incontinenza delle materie fecali;* questa si osserva quando vi è stata mortificazione d'una parte del cancro e costituzione d'un largo orificio, le cui pareti non sono più contrattili. Il cancro ano-rettale può produrre questo fatto.

Il *terzo periodo* è segnato dall'aggravarsi dei disturbi locali e dell'alterazione progressiva dello stato generale producente una *cachessia* che cammina allora rapidamente e conduce a *morte*, prima che la *generalizzazione* abbia avuto il tempo di farsi, in molti casi, ed in alcuni anche prima che siasi fatta la *propagazione* agli organi vicini. Lo stato del malato in questo momento è dei più miserandi; trovasi in preda a violenti dolori locali ed irradianti, costantemente tormentato dal bisogno di defecare, da tenesmo; il passaggio delle materie gli produce un bruciore orribile nel retto, all'ano, sulla faccia interna delle natiche; le voglie frequenti d'orinare, ed il tenesmo vescicale si aggiungono ancora ai dolori in questa triste condizione; il corpo e le membra superiori sono emaciati, le membra inferiori edematose, la pelle floscia, non elastica, ha un colore giallo-terreo; esiste frequentemente una escara alla regione sacrale. La morte è una liberazione che i malati invocano, e che talvolta affrettano col suicidio.

Decorso. — Il decorso del cancro del retto è fatalmente progressivo e senza remissione conduce il malato alla morte. Molto lento nel cancro dell'ano che decorre come un cancroide (epitelioma globulato), esso è più rapido nei cancri molli che nelle forme dure.

Ad ogni modo la durata è abbastanza breve; i casi in cui il malato è sopravvissuto tre o quattro anni sono rari; più sovente è morto fra i dodici ed i quindici mesi, e la durata media è di circa 18 mesi a due anni.

La morte risulta sia dalla cachessia cancerigna, sia dall'inanizione, sia da una *complicazione.*

Complicazioni. — Infatti le complicazioni sono frequenti ed alcune abbastanza gravi per portare a morte da sè stesse. Le abbiamo già indicate o fatte prevedere, cosicchè non vi insisteremo sopra. Le emorroidi sono frequenti, e sono abbastanza soventi i loro incomodi, che avendo provocata l'esplorazione rettale, hanno fatto scoprire il cancro. Del pari si presentano delle *ragadi* anali, ma questa è una complicazione di poca importanza. La patogenesi degli *accessi periretta1i* è comprensibile colle ulcerazioni delle pareti del retto e colle infezioni secondarie. Questi accessi dànno luogo a *fistole multiple* per le quali escono in certi momenti dei prodotti sierosi e dei gas. Queste fistole si accompagnano ordinariamente con grandi scollamenti, nei quali questi prodotti accumulandosi formano delle cavità infette.

Abbiamo già indicata nella donna la propagazione alla *parete retto-vaginale*, frequente e precoce, con perforazione di questa parete; l'utero resiste abbastanza a lungo. Nell'uomo possono essere invase le *vie genitali*, ciò che ha solo un'importanza minima; la propagazione all'*uretra* ed alla *vescica* è più grave per gli sconcerti locali che provoca, pel contraccolpo sulle vie orinarie superiori che ne può risultare.

La *vicinanza del peritoneo* così importante in terapia, non offre molto interesse dal punto di vista della patologia pura. Infatti, si è osservata la rottura dell'intestino nella sua parte superiore, con apertura del peritoneo e spandimento dei prodotti intestinali nella cavità sierosa, d'onde peritonite rapidamente mortale

(Roux). Ma questi fatti sono rarissimi; la rottura può essere determinata da un esame locale anche prudente (estrema friabilità). L'invasione del peritoneo per propagazione del morbo non è frequente, quantunque meno eccezionale; allora sopravviene *ascite*.

In un caso D. Mollière, ha visto il cancro invadere l'*S* iliaca ed i tessuti molli della fossa iliaca sino a fare sporgenza sotto la pelle della regione; si trattava d'una giovane di vent'anni appena; questo fatto è l'unico che noi conosciamo.

La propagazione *alle ossa del bacino* è parimente eccezionale; abbiamo già citato il caso di Smith, in cui si ebbe invasione secondaria dell'articolazione *coxo-femorale* per mezzo di una fistola stercoracea.

Segnaliamo ancora tra le complicazioni la *sciatica doppia*, che sovente conduce alla diagnosi del cancro, le trombosi venose e la *phlegmatia alba dolens* degli arti inferiori.

Pronostico. — Esso è fatale, qualunque sia la varietà del cancro; la morte arriva in capo ad un tempo più breve se si tratta di encefaloide o d'epitelioma cilindrico. L'epitelioma lobulato e lo scirro sono le forme che permettono di sopravvivere più a lungo.

Diagnosi. — Quando la malattia si è sviluppata e quando comincia il deperimento, la diagnosi è estremamente facile per mezzo del solo studio dei sintomi che abbiamo esposti più sopra. Soltanto le *rettiti ulcerose* ed i *restringimenti* del retto possono assomigliarsi al cancro, durante qualche tempo, ma l'assenza di precedenti adatti, l'età dell'individuo e sopra tutto il decorso rapido degli accidenti, mettono fuori di contestazione l'esistenza di un cancro.

Ma è nel periodo iniziale che la diagnosi ha importanza, ed in questo momento i sintomi fanno difetto. I sintomi funzionali mancano o sono poco marcati, e tuttavia per quanto scarsi potranno condurre alla diagnosi, purchè il chirurgo ricorra al modo essenziale d'esplorazione, all'esame che da questo momento darà delle informazioni ampie e decisive, vogliamo parlare dell'*esplorazione rettale.*

Non è il caso di ritornare sulle precauzioni da prendere per praticare questa esplorazione, della miglior posizione da dare al malato, e ben sovente converrà fargli prendere successivamente diverse posizioni (decubito laterale o dorsale, posizione genu-pettorale, coricato ed in piedi): ricordiamo solamente che questa esplorazione deve essere molto dolce, in ragione della friabilità delle pareti, e che dev'essere estremamente attenta. Il dito riconoscerà un *tumore*, irregolare, bernoccoluto, duro, ricoperto di *vegetazioni*, sanguinante facilmente; esso estrarrà una *sanie fetida* e talvolta dei detriti di tumore che l'esame microscopico permetterà di studiare e di riconoscere. I *polipi* dànno qualche volta luogo ad alcuni fenomeni analoghi, ma sono nettamente peduncolati, ed a livello del loro impianto le tonache del retto sono morbide, mentre che qui il tumore riposa sopra una base largamente e profondamente indurita.

In alcuni casi il dito incontra delle *anfrattuosità* cupoliformi, a fondo irregolare, con un margine rilevato duro, irregolare e sviluppate sopra una base indurita. In questi casi si ha la sensazione che dànno certi epiteliomi del collo uterino.

Il cancro *infiltrato, anulare,* di rado certi sarcomi, più spesso lo scirro possono essere confusi con un *restringimento anulare;* è il dito che farà anche qui la diagnosi; è desso che farà distinguere il diaframma del restringimento congenito, le briglie sporgenti di consistenza omogenea del restringimento cicatriziale; questi due restringimenti sono ben differenti dal restringimento carcinomatoso. Non è affatto la stessa cosa pel *restringimento sifilitico.* Tuttavia questo risiede in un punto poco elevato, 2 a 3 centimetri, ed ha un'altezza ordinariamente di poco superiore a 2 o 3 centimetri; è quasi esclusivo della donna; infine e sopra tutto è regolare, omogeneo, liscio, di consistenza dappertutto eguale, mentre che il restringimento canceroso è bernoccoluto, presenta sovente delle ineguaglianze nello spessore, nella resistenza e sopra tutto nell'estensione. D'altronde, il decorso delle due affezioni permetterà presto di togliere tutti i dubbi.

L'*esplorazione rettale* ci permetterà dunque di riconoscere l'esistenza del cancro, ma può anche fornirci degli altri schiarimenti. Dalla consistenza, dall'aspetto vegetante, ulceroso od infiltrato, potremo farci un'idea approssimativa della natura istologica, e così prevedere la rapidità dell'evoluzione, il grado di gravità immediata del male; tutto ciò ha un interesse secondario, ma dei dati ben più importanti ci saranno ancora forniti dall'esplorazione. Sono quelli che si riferiscono da una parte all'*estensione,* dall'altra alla *mobilità* del cancro. L'estensione è importante; infatti, il retto si divide in due porzioni, una *intraperitoneale* ed una *estraperitoneale;* quest'ultima sola è accessibile al dito del chirurgo. Ora la porzione estraperitoneale misura all'indietro 12 a 14 centimetri, ma in avanti è al massimo di 8 a 10 centimetri, ed è meno estesa ancora nella donna che nell'uomo. Che cosa ne risulta? Questo, che se il dito non arriva a superare il limite superiore del cancro, lungo la parete anteriore, il tumore sarà al di là delle risorse dell'estirpazione, poichè si estende oltre il limite del retto chirurgico, [limite che è lungi dall'essere accettato da tutti gli operatori. V. *Appendice di operativa,* p. 312 (D. G.)]. Se è limitato alla *parete posteriore,* potrà estendersi più alto ed essere tuttavia estirpabile, ma il dito non arriverà a precisarne il limite superiore. In tal caso Amussat, Cruveilhier, si *facevano spingere il gomito da un aiuto,* nello stesso tempo che deprimevano fortemente il perineo per raggiungere questo limite superiore. Questa manovra può essere pericolosa, essa lo è tuttavia meno di quella consigliata da Esmarch e praticata da Simon e che consiste, essendo il malato anestetizzato, nell'introdurre la mano intiera attraverso l'ano dilatato. Questa esplorazione ha provocato in un certo numero di casi dei disordini considerevoli e d'una gravità estrema. Sarebbe preferibile ricorrere al *metodo di Laugier,* ricordato a proposito dei restringimenti. In tesi generale se anche il cancro è limitato alla parete posteriore, ciò che è molto raro, quando il limite superiore non può essere sorpassato dal dito, facendo l'esplorazione nelle migliori condizioni, questo cancro ha oltrepassato i limiti del campo in cui può farsi l'estirpazione. Vedremo però che questo criterio, che ancora pochi anni fa era presso di noi formale, è oggi diventato troppo assoluto.

I dati che si riferiscono alla *mobilità* sono ugualmente di importanza capitale. È ancora coll'esplorazione che si cerca questa mobilità; il dito, uncinato il tumore, cerca di farlo scivolare sulle parti sottostanti. Ora se non ha oltrepassate le tonache

del retto, il tumore scivola facilmente, nel caso contrario esso sarà diventato immobile. Si comprende l'importanza di questo punto per la cura operativa.

Nella donna ci fornirà utili indicazioni l'*esplorazione vaginale;* non ci dispenserà dall'esplorazione rettale, ma confermerà e completerà talvolta i dati fornitici da quest'ultima.

Lo *speculum ani* sarà d'uno scarso aiuto e non è privo di inconvenienti; può, dilatandolo, provocare la rottura dell'intestino; dovrà essere usato durante l'anestesia cloroformica.

Vi sono dei casi però in cui, malgrado l'esistenza d'un cancro del retto, l'esplorazione rettale non permetterà di riconoscere la lesione. Alludo ai casi in cui il morbo risiede molto in alto; allora l'uso dello *speculum,* delle sonde dure o molli sarà inefficace o pericoloso. Si dovrà, ove occorra, por mano al cloroformio, e da una parte spingere l'esplorazione rettale il più possibilmente in alto, e dall'altra deprimere fortemente i visceri colla mano al disopra del pube, e così in molti casi si arriverà a sentire un tumore che era sfuggito dapprima alla palpazione. Noi abbiamo visto Bouilly arrivare a riconoscere in questa maniera la presenza d'un cancro che era sfuggito alle attente ricerche di tutti gli allievi della sezione. D'altronde se non si arrivasse ad una diagnosi certa, il dubbio non recherebbe punto pregiudizio al malato, perchè in simil caso, non si può fare altro che una cura sintomatica. In riassunto, l'*esplorazione digitale rettale* è il mezzo principale di ricerca pel cancro come in qualunque affezione di questo tratto del tubo digerente.

L'*epitelioma anale* sarà il più delle volte facilmente riconoscibile all'esame diretto; l'esplorazione rettale non servirà che a giudicare dell'estensione del male in alto. Sul principio esso forma qualche volta una piccola placca ulcerata, che si potrebbe confondere con una tubercolosi locale. Ma l'età dell'individuo, l'indurimento profondo, la consistenza uniformemente dura, farebbero cessare ogni errore, se l'evoluzione non levasse tutti i dubbi. Le stesse ragioni, la pleiade ganglionare, l'apparire di accidenti secondari, infine la prova decisiva della cura specifica faranno distinguere egualmente l'*ulcera infettante.* Le *vegetazioni* ed i *condilomi,* sopra tutto se sono ulcerati, possono a rigore essere presi per *vegetazioni cancerose,* ma questi neoplasmi riposano sopra tessuti sani, per nulla induriti ed infiltrati, e scompaiono con una cura semplice. Quanto alle *emorroidi,* il loro colore azzurrognolo, la loro consistenza molle, la loro depressibilità, permetteranno facilmente di riconoscerle; i condilomi o creste di gallo stesse sono molto più molli del cancro, si accompagnano coll'integrità dei tessuti sui quali riposano e non hanno nessuna influenza sulle *ghiandole inguinali.*

Cura. — Arriviamo alla parte più interessante della storia del cancro del retto, ed alla più importante per il chirurgo, quella della *cura.* Se ci riferiamo alle conclusioni di Allingham, questa cura sarebbe presto fatta. Essa consisterebbe nell'assistere impotenti all'evoluzione di un'affezione inesorabile; per lui non vi ha mezzo alcuno di arrestare il male, d'attenuare i dolori, o di guarire le malattie. Gli Inglesi moderni non si sono tutt'affatto attenuti a questa disperante impotenza, ma si limitano il più delle volte a ricorrere a cure palliative. In Francia da lungo

tempo si è pensato che per lo meno, in certi casi, c'era di meglio da fare, e che si poteva tentare una cura atta a permettere se non una guarigione definitiva, almeno una lunga sopravvivenza.

I primi tentativi in questo senso, per esempio quelli di Morgagni, che non potè finire la sua operazione, non erano guari incoraggianti; essi avevano indotto Desault a proscrivere l'estirpazione. Tuttavia due anni più tardi Lisfranc consigliò e praticò con successo l'amputazione del retto, e formulò le regole e le indicazioni di quest'intervento, che Velpeau, Récamier, Chassaignac, Maisonneuve, Verneuil e Trélat hanno modificato e migliorato. L'estirpazione del cancro per mezzo dell'amputazione del retto è dunque un'operazione intieramente francese.

Del pari in Francia è nata una cura palliativa importante che consiste nel deviare il corso delle materie, creando un *ano artificiale*. Pilore (di Rouen) fin dal 1776 aveva fatto una colotomia sull'intestino cieco; Amussat, nel 1839, ne fece un metodo di cura, di maniera che il *metodo d'Amussat* sarebbe la colotomia dell'intestino cieco; ora coll'*operazione d'Amussat* si designa sempre la *colotomia lombare*. Questa colotomia conosciuta in Inghilterra sotto il nome di metodo di Callisen, vi è ancora in molto onore; essa è stata volgarizzata presso di noi dal professore Trélat. Attualmente è più frequentemente praticata la colotomia iliaca (metodo di Littre).

Infine, ricordiamo, per terminare questa storia rapida, che Allingham ha proposta e che Verneuil ha praticata, regolata e volgarizzata la *rettotomia lineare*.

LISFRANC, *Mémoires de l'Académie royale de Médecine*, t. III. Parigi 1833. — A. H. MARCHAND, *Étude sur l'extirpation de l'extremité inférieure du rectum*. Parigi 1873. — PIÉCHAUD, *Traitement du cancer du rectum*. Tesi di aggregazione, 1863. — VERNEUIL et PETIT, *Gazette hebdomadaire*, Parigi 1874. — ERNEST RICHARD, *De l'opportunité de l'anus artificiel dans le cancer du rectum*. Parigi 1875. — TRÉLAT, loco citato.

Ciò premesso, divideremo la cura in *cura medica* e *cura chirurgica*.

La *cura medica* non può avere nessun valore diretto, quindi non la si fa in questo senso. È indicata quando, per massima, o per impossibilità materiale, nessun atto chirurgico è praticabile; trova ancora la sua applicazione nei casi d'insuccesso della cura chirurgica o di recidiva. Essa si propone di lottare contro l'indebolimento e la denutrizione generale da una parte, e contro gli accidenti locali dall'altra.

Tutto ciò che si riferisce allo stato generale si riduce all'alimentazione ed all'uso di diversi tonici. Bisognerà fare una selezione tra gli alimenti, ricercare quelli che sono più nutrienti sotto il più piccolo volume, col meno possibile di residui intestinali, il sugo di carne, le gelatine, le creme, il latte, la birra; facilitare la digestione, provvedendo alla regolarità delle defecazioni mediante l'uso frequentemente e giudiziosamente rinnovato di lassativi ben scelti. Ma si dovrà preferibilmente con un'alimentazione ben regolata piuttosto che per mezzo di lassativi cercare di ottenere una evacuazione regolare. Gross consiglia, per facilitare la defecazione, di abituarvisi nel decubito laterale.

L'*arseniato di soda*, qui come in tutti i cancri, trova la sua indicazione assoluta.

Contro le *emorragie* si sono consigliati i clisteri freddi, i clisteri coll'acqua di Pagliari. Roux, in Inghilterra (1878), e Londe (di Bordeaux) (1883) vantano i buoni effetti del percloruro di ferro impiegato localmente per la via digerente; essi avrebbero ottenuti dei miglioramenti notevoli con questo medicamento.

Contro i *dolori*, si ricorrerà alle applicazioni locali di belladonna sotto forma di suppositorî; gli oppiacei saranno proscritti salvo il caso in cui vi sia diarrea; il *cloridrato di morfina* per iniezioni sottocutanee è il medicamento da preferire.

Si gradua il titolo della soluzione e si fa variare il numero delle iniezioni secondo l'intensità dei dolori ed i progressi del male. Per combattere l'odore infetto, si ricorrerà a lavature con una soluzione di *permanganato* di potassio all'1, o 2 per 100, o all'acqua al cloralio, 1 per 100.

Infine, si applicheranno costantemente al malato un'*igiene severa* ed una *pulizia scrupolosa* per evitare le eruzioni, le escoriazioni, le escare, ecc.

Curando intelligentemente un malato affetto da cancro del retto, se ne può prolungare la vita per più anni (Nélaton).

Quanto alle *cauterizzazioni*, alle pennellazioni col *nitrato d'argento*, al *cloruro di zinco* che sono stati raccomandati ed usati da alcuni pratici, essi devono venir proscritti. Non procurano alcun sollievo, e fanno d'ordinario progredire il male più rapidamente.

Il trattamento *chirurgico* si divide in *curativo* e *palliativo*.

Trattamento curativo. — Il trattamento curativo non comporta che un metodo, l'*estirpazione* per mezzo dell'amputazione del retto. L'amputazione è *totale* o *parziale*. Nato in Francia, questo metodo è oggidì più frequentemente impiegato in Germania che nel nostro paese dove è ancor tuttavia molto in onore.

L'*estirpazione parziale* è stata proposta da Esmarch; essa consiste nell'ablazione della porzione malata, lasciando il resto del retto; si pratica d'altronde secondo le regole ordinarie dell'estirpazione, vale a dire dell'amputazione estesa a tutto il cilindro intestinale.

L'*estirpazione totale* è stata bene esposta in un lavoro di A.-H. Marchand pubblicato nel 1873. È l'operazione immaginata e descritta da Lisfranc nel 1826.

Lisfranc faceva l'operazione col bistori; egli circoscriveva l'ano con due incisioni curve laterali che si riunivano in avanti ed all'indietro, e penetrava nella profondità delle parti molli dissecando successivamente il canale anale ed il retto. Arrivato al disopra del cancro, del che lo avvertiva un dito introdotto nel retto, sezionava colle forbici il retto trasversalmente. Lisfranc prima di questa dissezione aveva tentato di fare l'ablazione provocando il prolasso della mucosa, ma rinunziò presto a questo procedimento. Egli legava i vasi di mano in mano che li tagliava e si metteva così al riparo dalle serie emorragie.

Ma l'apertura anale così creata è stretta ed è difficile a dissecare nella regione profonda. Denonvilliers ovviò a quest'inconveniente aggiungendo alle incisioni circolari un'incisione rettilinea mediana posteriore che va fino al coccige. Verneuil ha ancora esteso il campo consigliando di estirpare il coccige. In questa maniera, si vede bene il campo operatorio, si giudica meglio dell'estensione delle lesioni, si fa più agevolmente l'emostasi. Per ben conoscere l'estensione del male, Denonvilliers incideva ancora verticalmente l'intestino sulla linea mediana all'indietro prima di amputarlo.

I timori ed i pericoli dell'emorragia avèvano condotto Récamier ad un metodo ingegnoso, la *legatura lenta,* processo estremamente doloroso, quando non si disponeva dell'anestesia chirurgica, processo sempre lunghissimo, d'altronde abbandonato da lungo tempo.

Chassaignac ottenne gli stessi vantaggi contro l'emorragia, senza gli inconvenienti della lentezza, valendosi per quest'amputazione del suo *schiacciatore lineare.* A tal fine Chassaignac faceva passare per mezzo di un trequarti la catena verticalmente, in avanti ed all'indietro, al disopra del morbo, e sezionava dapprima in questi due punti costituendo così due lembi laterali che egli peduncolizzava, e che toglieva in seguito collo stesso *ècraseur.* Questo fu un progresso considerevole tanto per la sicurezza operatoria che per la possibilità di fare vaste ablazioni.

Allo *schiacciatore lineare,* Maisonneuve sostituì la *legatura estemporanea* con dei fili di canapa.

Daniele Mollière ha praticata la *legatura elastica.*

Infine in questi ultimi tempi e sotto l'ispirazione di Verneuil e di Trèlat, si è ricorso alla sezione per mezzo dell'*ansa galvano-caustica,* procedendo esattamente come collo schiacciatore: vale a dire, sezione anteriore e posteriore verticale, poi ablazione dei due lembi con una sezione orizzontale. L'amputazione così fatta è rapida, e mette al riparo da qualunque emorragia immediata. Ma essa crea una vasta breccia che si chiuderà colla cicatrizzazione e potrà per la retrazione provocare un restringimento. Questo è il rimprovero che si fa all'operazione di Lisfranc. Per ovviare a questo inconveniente, Velpeau aveva immaginato, dopo l'amputazione, di attirare il moncone intestinale in basso e di suturarlo tutt'intorno all'apertura anale. Questa modificazione è eccellente. Anche presentemente, grazie all'antisepsi chirurgica, grazie ai nostri mezzi emostatici, l'operazione di Lisfranc, vale a dire la dissezione e l'amputazione col bistori, seguita dalla modificazione di Velpeau, ha tutte le probabilità del successo, ed è così che io ho visto molte volte praticare da Trèlat, da Bouilly, l'amputazione del retto. È di un grande vantaggio fare l'incisione posteriore di Denonvilliers, con o senza resezione del coccige, e sezionare verticalmente l'intestino prima di tagliarlo orizzontalmente.

Si è notato un certo numero di *inconvenienti* dovuti all'amputazione del retto. Fra questi ricorderemo:

1° l'*emorragia;* abbiamo visto che la si poteva prevenire usando lo schiacciamento lineare, la galvano-caustica, o le pinze emostatiche colla successiva legatura; quindi il tamponamento con liquidi emostatici, l'introduzione di cannule (Dupuytren, Mandt, Péan), per evitare l'accumulo di sangue sono completamente abbandonati;

2° La lesione degli *organi vicini* può essere *voluta* od *accidentale;* infatti si può di proposito levare tutta o parte della parete retto-vaginale quando essa è interessata; si sono tolte volontariamente, senza speciali inconvenienti, delle porzioni di prostato o di vescicole spermatiche. Queste ablazioni sono necessarie nei casi in cui non si fosse creduto il cancro aderente a questi organi, mentre invece esso li avesse già invasi. Accidentalmente si è potuto ferire l'*utero,* l'*uretra,* o la *vescica;* questi sono fatti assai rari e non molto gravi.

Lo stesso non è a dirsi della *lesione del peritoneo.* Essa ha potuto in qualche caso essere seguita da guarigione; ma nella maggior parte dei casi, ha provocata una peritonite acuta rapidamente mortale. La mancanza di precauzioni antisettiche presso gli antichi, la difficoltà di rendere asettico l'ambiente intestinale, rendono conto di questa infiammazione.

Per evitare questo pericolo, bisognerà: 1° aprirsi una larga via posteriore mediante l'incisione di Denonvilliers colla resezione del coccige (Verneuil, Kocher), scollare la sierosa dell'intestino, per resecare quest'ultimo a cielo scoperto; 2° non operare che quando il cancro non risale fino allo sfondato peritoneale. Ora questo dista da 6 ad 8 centimetri dall'ano. Però, nel lavoro di Marchand, si vede che si poterono fare delle resezioni di 10 e 12 centimetri del retto senza aprire il peritoneo. Questo vuol dire che, come facevamo osservare più sopra, è possibile scollare il retto dal suo rivestimento peritoneale per una certa estensione.

I vasti scollamenti, la regione in cui si opera, la mancanza di fissazione del retto alla pelle dell'ano, od il cedere di questa fissazione che lascia una larga breccia in cui l'assorbimento sarà facile, spiegano la frequenza degli accidenti setticemici e flemmonosi sovente osservati in seguito all'estirpazione. Al giorno d'oggi, noi possiamo più facilmente che gli antichi metterci al coperto, o lottare contro questi fatti, ma non possiamo ancora assolutamente e definitivamente evitarli. L'amputazione è dunque un'operazione grave per sè stessa, e questa gravità l'ha fatta rigettare dagli Inglesi. Ma non dimentichiamo che si tratta d'un'affezione mortale per sè stessa e che d'altronde la mortalità operatoria non è assolutamente disperante. Dieffenbach dice di aver avuto 30 successi e Chassaignac 40. Sopra 5 operati, Nussbaum e Simon hanno avuto 4 successi malgrado le cattive condizioni in cui essi sono intervenuti in alcuni dei loro ammalati; sopra 7 operati, Verneuil ne perdette 2, ed ancora uno morì d'una complicazione che avrebbe potuto essere evitata, la risipola.

Sopra 149 casi raccolti da Piéchaud (1883) si hanno 46 morti e 103 guarigioni; e fra i 46 morti ve ne sono 18 che soccombettero a peritonite. Questa non è una mortalità tale che debba far rigettare un'operazione che si propone la guarigione definitiva d'un'affezione inesorabile; d'altra parte coi metodi chirurgici attuali questa mortalità deve ancora scemare.

È vero che bisogna tener conto, per apprezzare il valore dell'estirpazione, dei risultati lontani dell'operazione dal punto di vista della guarigione. Se infatti, come affermano i detrattori del metodo, la recidiva è fatale e prossima, non vale la pena, per un così misero risultato, sottomettersi ad un'operazione gravissima. Ora, sopra le 103 guarigioni di Piéchaud, 27 individui solamente avrebbero sopravvissuto dai due a cinque anni, ed ancora questa sopravvivenza non è senza inconvenienti, perchè molti dei malati hanno avuto un *restringimento* od un'*incontinenza delle materie fecali*, vale a dire un'infermità estremamente disaggradevole.

A questo noi potremmo rispondere che non tutti hanno quest'incontinenza, che d'altronde questi malati sono liberati dalle loro evacuazioni incessanti, dai loro dolori soventi atroci, che si nutrono, hanno tutte le apparenze della perfetta salute, e che infine si credono definitivamente guariti. Questi risultati non sono senza valore.

Inoltre Velpeau, Verneuil ed altri hanno veduti dei malati nei quali la guarigione persistette così lungo tempo che hanno potuto considerarla come definitiva. Billroth ha visto un operato di Schule in perfetta salute quattro anni dopo l'operazione. Chassaignac ha visto delle guarigioni persistere in capo a sei anni. Un malato operato da Marjolin, rioperato da Richet, era ancora bene in salute quattro anni più tardi. Al principio de' miei studi, io ho prestate le mie cure nell'Ospedale Necker ad un malato di Trélat, che stava ancor bene l'anno passato, otto anni dopo l'intervento chirurgico! Questo malato ebbe ricostituito un orificio anale che funzionava bene, ed andava regolarmente di corpo. Questi fatti sono molto incoraggianti; disgraziatamente sono fatti isolati, rari, e la grande maggioranza dei malati, dopo avere sfuggito ai pericoli immediati dell'operazione, non hanno che una sopravvivenza breve, e soccombono ad una rapida recidiva.

Questa avviene talvolta prima che abbia finito di cicatrizzarsi la vasta ferita dell'operazione, cicatrizzazione che richiede soventi più mesi. Per farsi una idea delle noie del chirurgo in questo campo, basta trascorrere la lezione del professore Trélat su questo argomento (vol. 2°, pag. 380 e seguenti). L'eminente professore riassume le diverse estirpazioni che ha praticato, in questi termini: « Ecco i risultati dei miei operati di estirpazione totale; essi sono *deplorevoli*, come vedete ».

Così le sue conclusioni sono logiche di fronte ai fatti quando dice: « Si possono estirpare i cancri limitati dell'ano e dell'estremità inferiore del retto quando sono *ben circoscritti* e *ben mobili*, assolutamente limitati alle tonache dell'intestino ed esenti da qualsiasi propagazione alle ghiandole. I casi rari di guarigione, che hanno durato più anni, sono stati presentati da malati che erano in queste condizioni.

« Non bisogna toccare i cancri del retto più estesi se non determinano disturbi e fino a che non ne producono.

« Dal momento in cui questi compaiono, bisogna senza ritardo ricorrere alle operazioni palliative. Su questo terreno, noi siamo intieramente d'accordo, Verneuil ed io, e questa dottrina è press'a poco quella che professano i chirurghi inglesi ».

In riassunto, la cura radicale non dev'essere praticata che in un piccolo numero di casi, e non è applicabile che ai cancri della parte affatto inferiore del retto. Ora i Tedeschi, molto più intraprendenti, non esitano ad operare dei cancri ben più estesi in altezza ed eccentricamente verso gli organi vicini. Di più, essi hanno immaginato di operare dei cancri situati molto in alto dell'intestino. Bardenheuer e Kraske, pei primi, si son messi per questa via, ed il metodo è conosciuto sotto il nome di *metodo di Kraske.* Esso consiste nel resecare il coccige e la punta del sacro e nel sezionare i legamenti sacro-sciatici. Questa breccia apre una larga via per la quale si raggiunge il retto che si disseca da tutte le parti. Si reseca la parte malata senza preoccuparsi del peritoneo, salvo che per rinchiudere l'apertura che vi si è fatta, poi si riunisce con sutura la parte superiore dell'intestino alla porzione anale che è stata conservata. In questa maniera, si è tolto il male, ristabilita la continuità dell'intestino e mantenuto un ano normale col suo sfintere. Il piccolo numero di fatti comunicati sino al presente, non ci permette di portare un giudizio sicuro su quest'intervento, quanto al valore curativo. Ciò che noi possiamo dire, è che malgrado reali difficoltà operatorie, è una

operazione che può essere condotta a buon fine; che grazie ai progressi attuali dell'antisepsi chirurgica, non presenta molto pericolo, e può dare degli eccellenti risultati immediati. Conviene dunque impiegarla nei casi in cui è praticabile, vale a dire quando vi ha integrità della porzione anale ed il cancro non ha sorpassati i limiti del retto. Quando l'ano è invaso, si può ancora intervenire nella stessa maniera, facendo sboccare l'intestino all'esterno col fissarlo all'incisione cutanea in vicinanza della punta del sacro, ma allora non si ha più il benefizio d'un ano normale con uno sfintere conservato.

Cura palliativa. — Vi troviamo diversi metodi d'intervento.

Accenneremo rapidamente alla *cauterizzazione,* all'escisione superficiale, al *raschiamento,* al *grattamento.* Questi sono piccoli processi che trovano la loro indicazione nel caso di vegetazioni che imbarazzino per la sporgenza a cui dànno luogo, e la cui applicazione può momentaneamente recare qualche sollievo.

Quanto alla *dilatazione,* nel caso in cui vi siano fenomeni di restringimento, essa espone alle perforazioni, alle rotture; quando non ha questi inconvenienti, ha quello di essere assolutamente inefficace.

Lo *schiacciamento* del restringimento proposto da Amussat è del pari un processo che non è da raccomandarsi.

Di maniera che l'intervento chirurgico si riduce a due metodi: l'*incisione* o *rettotomia* e la creazione di un *ano artificiale.*

La *rettotomia* è stata eseguita nei casi in cui il cancro si accusa sopra tutto per mezzo di fenomeni di restringimento. Gross (di Filadelfia) ha praticata la *rettotomia interna;* egli non ha ottenuto dei buoni risultati. Verneuil ebbe a ricorrere ad una *rettotomia posteriore esterna,* consistente nell'ablazione d'un lembo posteriore verticale (1874). Più tardi ha immaginata e volgarizzata la *rettotomia lineare posteriore,* fatta coll'aiuto del termo-cauterio. Questo processo non permette di risalire ad un'altezza molto grande. Faucher (di Lyon) ha evitato questo inconveniente, praticando una specie di *rettotomia a strali successivi,* vale a dire egli procede in più sedute risalendo ogni volta un po' più alto.

La rettotomia fa cessare l'ostacolo al corso delle feci, ma crea l'*incontinenza.*

La creazione d'un *ano artificiale* è, abbiamo visto, come l'estirpazione, un metodo d'origine francese. Pillore (di Rouen) vi ricorse nel 1776, ed Amussat volgarizzò il metodo che Dumas consigliava nel 1797. Tuttavia fu Littre che ebbe l'idea dell'ano artificiale; ma Littre non aveva in vista che l'imperforazione congenita dell'ano. Nel 1878, L. Labbé, davanti all'Accademia di Medicina parla in suo favore e restringe le indicazioni dell'estirpazione che Marchand aveva sostenuto nel 1872. Nel 1875, un allievo di Richet aveva pure già fatte conoscere le opinioni di questo maestro sull'opportunità della creazione dell'ano artificiale. Ma sono sopra tutto gli Inglesi quelli che se ne sono mostrati partigiani dichiarati.

Pillore aveva fatto il suo ano coll'*intestino cieco,* Amussat preconizzò dapprima l'ano cecale; ma vi si rinunziò abbastanza presto per riportarlo più vicino alla porzione terminale del tubo digerente sul colon discendente o sulla S iliaca, donde la *colotomia lombare* e la *colotomia iliaca.*

La *colotomia lombare* è conosciuta presso di noi sotto il nome di *operazione d'Amussat;* all'estero, è l'*operazione di Callisen,* benchè quest'autore critichi

questo processo molto più che non lo difenda. Vidal de Cassis biasima abbastanza violentemente questo metodo, ed il suo lavoro, che fece rumore, contribuì per buona parte a screditare la colotomia che Amussat aveva preconizzata. In questi ultimi anni sotto l'impulso del professore Trélat, essa aveva riacquistato un certo credito che sembra aver perduto. Infatti se il malato così operato gode del vantaggio di avere un ano che può nettare facilmente, un ano in cui non si osserva il prolasso della mucosa, così frequente nell'ano iliaco, l'operazione presenta delle reali difficoltà, e Trélat fa notare egli stesso che, in fondo alla ferita creata al di fuori della massa sacro-lombare, attraverso al quadrato dei lombi ed alle aponeurosi del trasverso, non è sempre facile trovare l'intestino e si può cadere in errore e stabilire l'ano nel tenue anzichè nel colon. Perciò, dopo essersi mostrato partigiano del metodo di Callisen, Trélat si era ascritto al metodo di Littre. Allingham, Curling e gli Inglesi sono restati decisamente partigiani del primo.

Il *metodo di Littre* o *colotomia iliaca* consiste nell'andare ad aprire il crasso nella fossa iliaca sinistra. Questo processo ha l'inconveniente di aprire la cavità peritoneale, ma quest'apertura presentemente non ha più peso nel confronto dei due metodi. Abbiamo già detto che Littre propose questo metodo per rimediare all'imperforazione dell'ano e che Velpeau lo applicò alla cura palliativa del cancro del retto. Velpeau trascinava l'intestino all'esterno in maniera da costituire un forte sperone. Questa pratica non è stata seguita dai suoi successori; è stata ripresa ai nostri giorni. Per impedire all'intestino di rientrare, si passa semplicemente un filo attraverso al mesocolon. Dopo di lui si riconobbe che era meglio fissare l'intestino stesso con punti di sutura alla parete addominale. Richet, pel primo, propose di non aprire l'intestino che alcune ore dopo averlo fissato, allo scopo di lasciar tempo di costituirsi alle aderenze peritoneali. Beyre e Marchal de Calvi cercavano di provocare queste aderenze coll'uso preventivo di caustici, processo pericoloso, presto condannato dai risultati ottenuti. Lefort non fa l'apertura che in capo a ventiquattro fino a quarantotto ore.

Per lungo tempo la colotomia, come la rettotomia, si è proposto di ovviare semplicemente ai fenomeni di restringimento determinati dal cancro; ma in questi ultimi anni si è riconosciuto che il passaggio delle feci sul cancro ne attivava il decorso, manteneva i premiti, il tenesmo, provocava i dolori. Inoltre, anche quando l'ostruzione non è che molto incompleta, la ritenzione delle materie e dei gas può provocare degli assorbimenti settici atti a determinare uno stato infettivo chiamato *stercoremia*, che ha una gran parte nell'alterazione dello stato generale. Ed i fatti hanno dimostrato, invero, che la creazione d'un ano artificiale, non solamente fa cessare i fenomeni di coprostasi, ma produce un miglioramento rapido e considerevole nello stato generale e questo miglioramento è tanto più rapido quanto minor quantità di materie passa sul cancro. Per conseguenza il processo di Velpeau, era molto vantaggioso, ed è da questo processo che si è ispirato senza dubbio Reclus, quando immaginò il suo che consiste nel trascinare il colon all'esterno, nel passare attraverso al mesenterio uno strumento ottuso (candeletta vulcanizzata), nel fissare l'intestino e nell'aprirlo in capo a qualche giorno; in questa maniera tutto il contenuto dell'intestino passa pel capo superiore. Così compresa, la costituzione dell'ano

artificiale offre dei segnalati vantaggi rispetto alla *rettotomia*, perciò questo è presentemente e presso di noi sempre meno messa in pratica. D'altra parte, sotto l'influenza delle idee che esposi più sopra, si è arrivati a praticare di buon'ora questo ano artificiale.

Queste operazioni palliative presentano meno pericoli immediati che non l'estirpazione, sono praticabili in tutti i casi, dànno una sopravvivenza almeno uguale alle migliori operazioni d'estirpazione, salvo alcuni casi rarissimi in cui la sopravvivenza è stata così lunga che si è potuto credere ad una guarigione definitiva.

Noi abbiamo osservato, presso Trélat, una malata che ha sopravvissuto ventisei mesi con un ano lombare. Essa era moribonda al momento dell'operazione, e si ristabilì così bene che presentava tutti i caratteri esterni d'una perfetta salute; non soffriva più, non aveva evacuazioni anali. Il suo cancro progrediva silenziosamente; in capo ad un anno aveva invaso il bacino e provocata un'ascite abbondante. L'ammalata vedendo crescere il suo ventre si credette incinta. Un vecchio che ho pure osservato nella sezione di Trélat, alla *Charitè*, stava a meraviglia diciannove mesi dopo la creazione d'un ano artificiale.

Ecco d'altronde uno specchio comparativo fatto colla statistica dell'estirpazione e dell'intervento palliativo; nel giudicare bisogna tener conto di ciò, che questo è stato applicato ai casi peggiori, e l'estirpazione ai casi relativamente poco estesi.

La mortalità dei diversi processi di estirpazione è di circa 30 a 32 per 100, nelle statistiche di Piéchaud; secondo Esmarch, si può attualmente valutarla da 15 a 20 per 100; per Czerny, essa è del 20 per 100. Kraske, sopra 5 casi, ebbe tre morti.

Quanto ai risultati lontani, abbiamo sopra un totale di 197 casi: 23 sopravvissuti da 1 a 3 anni e 10 sopravvissuti da 3 a 7 anni.

Sopra 10 casi, Trélat non ha che una sola sopravvivenza prolungata. Le più lunghe sopravvivenze che abbia osservato Czerny, variano da 1 a 5 anni.

Le operazioni palliative hanno dato:

Rettotomia	21 caso	1 morto. Mortalità 5 per 100. 2 non modificati. 13 sopravvissuti da 2 mesi ad 1 anno. 5 sopravvissuti da 1 anno a 18 mesi.
Colotomia lombare .	131 caso	54 morti prima di due mesi. 63 sopravvissuti da 2 mesi ad 1 anno. 8 sopravvissuti da 1 anno a 2 anni. 6 sopravvissuti da 2 anni a 4 anni e $^1/_2$.
Colotomia iliaca . .	38 casi	Dànno press'a poco gli stessi risultati della colotomia lombare.

In riassunto, la cura del cancro del retto è oggigiorno assai semplificata, e si contiene, a nostro avviso, nei precetti formulati più sopra da Trélat: estirpazione in certi casi ben determinati, cura medica e creazione d'un ano artificiale quando, essendo impossibile l'estirpazione, sopravvengono delle complicazioni: dolori, emorragie, ostruzione intestinale.

III. — PROLASSO

C. Lyot, Tesi di Parigi, 1890. — D. Mollière, *Maladies de l'anus et du rectum.* Lione 1878. — Ricord, *Gazette hebdomadaire,* 1833. — Congresso francese di Chirurgia, 1889. — F. Soulié, Tesi di Parigi, 1891. — Trélat, *Clinique chirurgicale,* t. II.

Definizione. — Gosselin definisce il prolasso: *ogni uscita dall'ano d'una porzione più o meno lunga dell'intestino.*

Le espressioni *caduta, procidenza,* e qualche volta *invaginazione,* sono appellativi sinonimi del prolasso.

La definizione di Gosselin comprende evidentemente nel prolasso le invaginazioni del colon ed anche del tenue; alla definizione di De Saint-Germain, *qualunque tumore costituito dall'intestino che esca per l'ano,* si può fare lo stesso rimprovero. Quella di J. Cruveilhier è migliore; secondo lui il prolasso è « quello spostamento nel quale l'*intestino retto* sfugge per l'ano ».

La procidenza del retto comprende parecchie *varietà:* talvolta la *mucosa* sola esce; questo è il prolasso *parziale* o *mucoso,* quasi esclusivo del bambino. Talvolta è prolassato il retto con tutte le sue tuniche: questo è il *prolasso totale,* il prolasso dell'adulto.

Ma il prolasso totale può essere costituito dal retto solo, ovvero dal retto e da un tratto variabile di colon ed anche d'intestino tenue, donde due sottovarietà: *prolasso totale propriamente detto* e *prolasso retto-colico;* quest'ultimo fa parte piuttosto della storia delle *invaginazioni* che di quella del prolasso.

Per lungo tempo si sono confuse queste diverse varietà, e Morgagni lamentava questa confusione senza peraltro chiarirla. Fu Saviard dapprima e Chaussier in seguito, che cominciarono a portarvi un po' di luce, e Levret ha nettamente distinto il prolasso *mucoso* di Gosselin, o *parziale* di Gross, dal prolasso *invaginato* di Gosselin, o *completo* di Gross.

Anatomia patologica. — Nel *prolasso parziale* la mucosa si è separata dalle altre tonache; di essa comincia a discendere la parte inferiore, ed a poco a poco la superficie procidente aumenta. Ne risulta una disposizione a dito di guanto. Dall'ano, *senza solco,* si stacca un tumore che discende, ed alla sommità di esso trovasi un orificio pel quale il dito penetra nell'intestino.

La maggioranza degli autori è concorde nell'ammettere che nel prolasso parziale la mucosa sola è procidente. Questa mucosa è increspata trasversalmente, essa è più o meno rossa, *congesta,* più o meno *tumida,* secondo lo stato dello sfintere. Questo può essere contratto al principio, si rilascia in seguito.

La lunghezza della procidenza può giungere sino a 4 centimetri nel bambino, supera di rado i due centimetri nell'adulto; il tumore in questo caso forma un semplice cercine come « la manica di un abito, la cui fodera sorpassi la stoffa » (Gosselin). È, in breve, la persistenza d'uno stato che si osserva ad ogni defecazione del cavallo.

La mucosa sola si è spostata, la tonaca muscolare del retto ed il peritoneo hanno conservato, fatto importante, i loro rapporti normali.

Nel *prolasso totale*, il canale anale resta intatto. Il retto vi si impegna rivolgendosi a dito di guanto con *tutte le sue tonache.* Il rovesciamento comincia dalla parte inferiore, e si estende dal basso in alto; in alcuni casi si arrovescia la sola parte superiore del retto.

Il tumore prolassato è ben più considerevole che nel caso precedente, esso misura spesso dai 9 ai 10 centimetri di lunghezza; questo tumore, rosso, congesto, edematoso, con ripiegature trasversali, è ordinariamente più o meno spiegato.

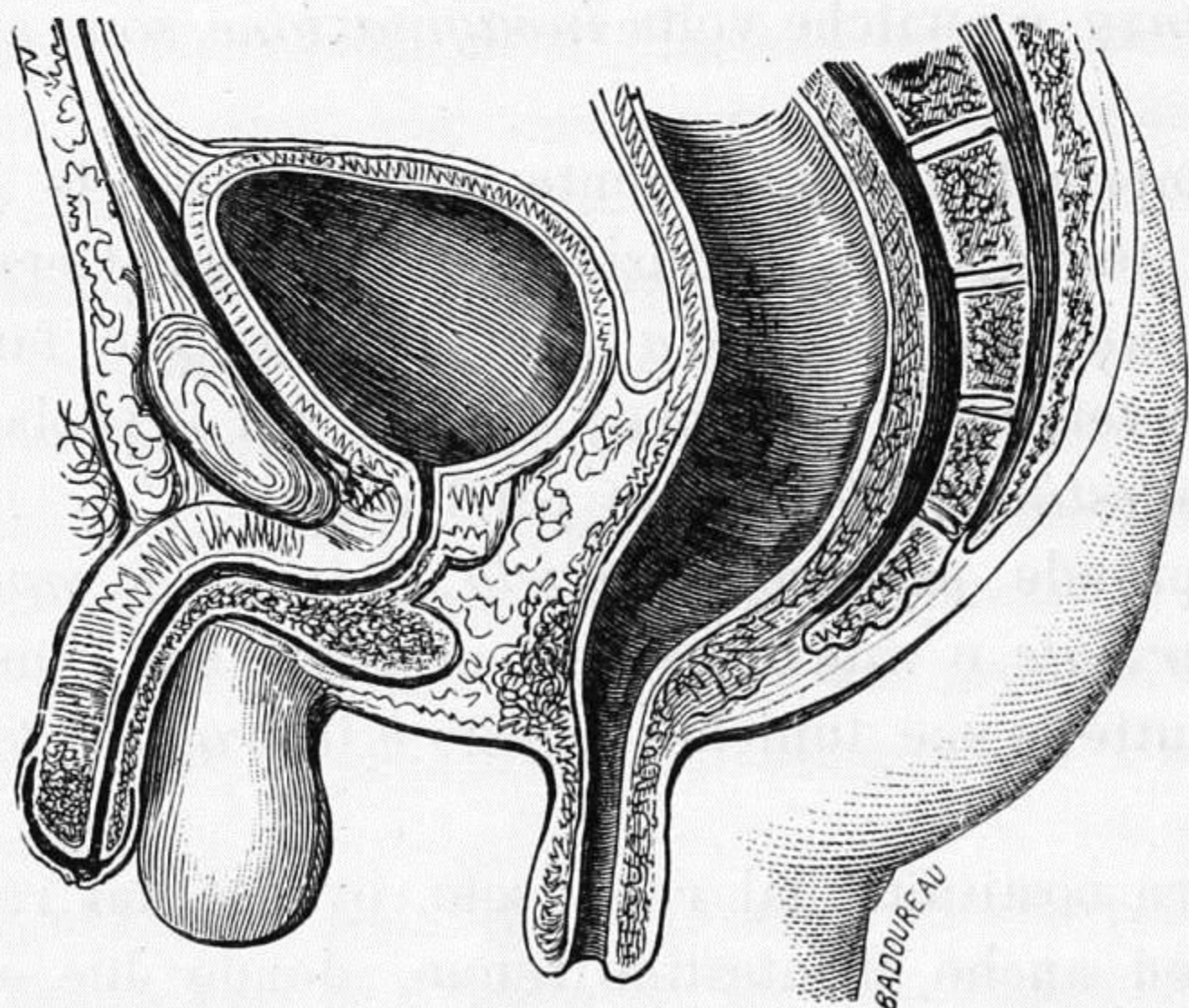



Fig. 11. — Prolasso parziale.

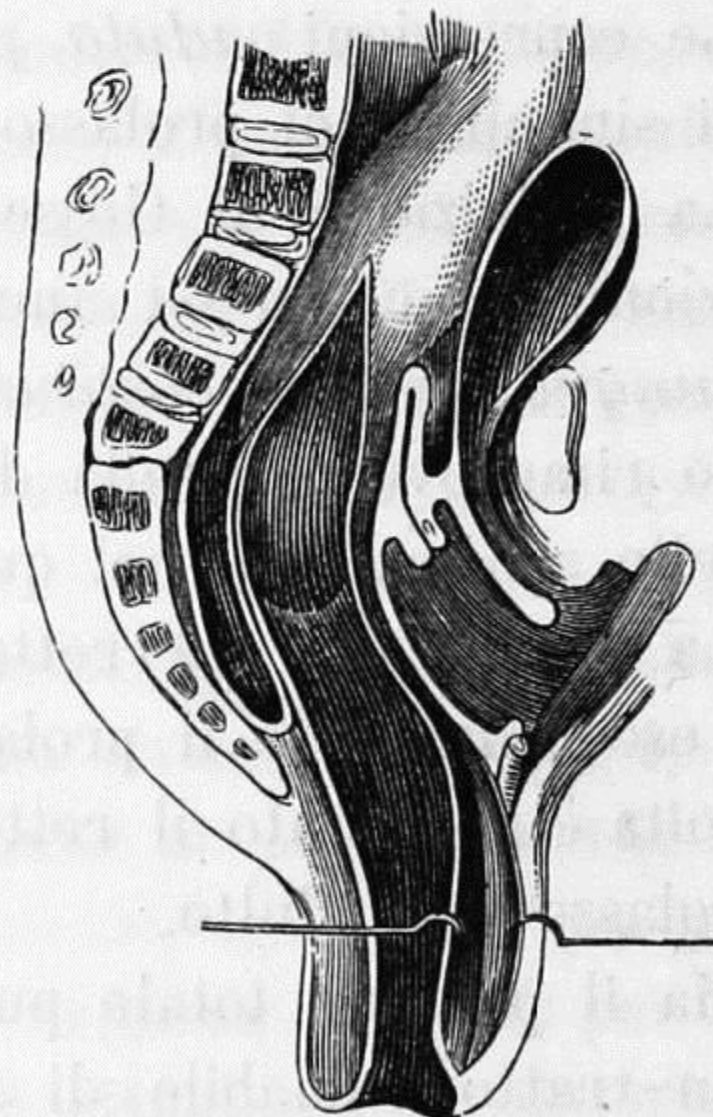



Fig. 12. — Prolasso totale.

Vi si può considerare un *corpo*, una *base*, una *sommità.* Il *corpo* è ordinariamente cilindrico, più o meno regolare. La *base* si prolunga nell'interno dell'ano. Essa è separata dall'orificio anale per una scanalatura o *solco circolare* più o meno profondo. In alcuni casi in cui la procidenza comincia molto in basso ed ha principiato dalla mucosa, questo solco manca (E. Bœckel), e la mucosa intestinale si continua colla pelle anale.

La *sommità* non è, come nel prolasso mucoso, all'estremità inferiore del tumore; è in basso ed *in addietro* e tanto più in addietro ed eccentricamente quanto il tumore è più voluminoso e più lungo. Questa deviazione all'indietro dipende da ciò che la parete posteriore, trattenuta dai suoi mezzi di fissazione (vasi, nervi, mesoretto) discende meno che l'anteriore. Questa trazione all'indietro dà all'orifizio una forma semicircolare.

Se la porzione prolassata corrisponde alla parte intra-peritoneale del retto, lo sfondato anteriore viene stirato in basso al davanti del retto. Questo sfondato, che può discendere sino a livello dell'ano ed anche al di fuori, può eziandio, come quando è contenuto nell'addome, dare ricetto al tenue; ciò è quanto si chiama *edrocele.* Intravvisto da Portal fino dal 1768, l'edrocele è stato sopra tutto indicato da Uhde nel 1867. Anche l'ovaio si riscontrò nello sfondato (Pockels). È importante dal punto di vista della cura pensare alla possibilità dell'edrocele; Cruveilhier aveva già fatto notare questa importanza.

Insomma nel prolasso parziale abbiamo tumore piccolo, orifizio intestinale precisamente alla sommità, nessun solco; il tumore non è formato che da due cilindri: uno esterno involgente, l'altro interno involto; nel prolasso totale, tumore più lungo, orificio deviato all'indietro, tumore spiegato, se esiste un solco; vi sono tre manicotti cilindrici, il manicotto anale ed i due manicotti intestinali.

Infine nel prolasso *retto-colico* e nell'invaginazione, si ha un tumore la cui lunghezza sorpassa i 10 centimetri; vi ha un solco spiccato, in fondo al quale troviamo una plica detta *plica sierosa* o *collaterale.* L'orificio intestinale è alla sommità, esso è limitato da una seconda plica detta *plica mucosa.* L'aspetto esterno del tumore è d'altronde quello dei casi precedenti. Vi sono tre cilindri incastrati, il più esterno è ano-rettale, gli altri due sono intestinali.

Eccezionalmente si è osservata una fuoruscita dall'ano di tutto il crasso, compresa la valvola di Bauhino. Non ci fermeremo su questi casi particolari, che rientrano molto di più nella storia dell'invaginazione che in quella del prolasso.

Come e più che nel prolasso parziale, è ben raro che nel prolasso totale anche in capo a poco tempo, lo sfintere abbia conservata la sua tonicità; esso è sovente allargato, assottigliato, flaccido e rilassato. Se ha conservata la sua tonicità, provoca per compressione un forte turgore delle parti prolassate.

Segnaliamo infine, come *lesioni concomitanti,* l'indebolimento e la flaccidità del perineo, il rilassamento delle pareti addominali, un dimagramento grandissimo e rapido, e vedremo quale è la parte che queste lesioni possono prendere nella produzione del prolasso. Avremo da vedere anche la parte che le *emorroidi,* i *restringimenti* (E. Bœckel), i *tumori,* ed in particolare i *polipi,* possono avere in questa patogenesi del prolasso. Nella donna non è raro di vedere il prolasso del retto coincidere con una procidenza dell'*utero.*

Eziologia e patogenesi. — Il *prolasso del retto* sarebbe abbastanza raro, secondo Allingham, poichè egli non rileva che 53 casi sopra 4000 malattie del retto. Però questa proporzione ci pare troppo debole; essa si avvicina al vero se vi si fanno entrare *tutte le età,* ma se ne allontana se, tenendo conto della rarità della procidenza nell'adulto, non si considera che l'*infanzia* e la *vecchiaia.* In queste due epoche della vita, e principalmente nella prima, la procidenza è frequente, con questa particolarità tuttavia che il prolasso del fanciullo è il più delle volte un *prolasso mucoso,* e quello dell'adulto e del vecchio è ordinariamente una *discesa totale* del retto.

Nella età infantile il *sesso* non ha importanza; a partire dall'età adulta la frequenza è un po' più grande nel sesso femminile.

Prima di passare all'esame delle cause vere del prolasso, noi dobbiamo fermarci un istante ad esaminare le condizioni della statica del retto allo scopo di illuminarci sulle cause che possono turbarla.

Il retto è fissato nella sua posizione da una parte dal *perineo* che lo sostiene in basso, dall'altra, e sopra tutto, dal meso-retto e dai vasi e dai nervi ivi compresi che lo sostengono in alto. Per altro il retto subisce dalla parete addominale delle spinte violente in tutti gli sforzi, e particolarmente negli sforzi della defecazione. In questo momento tale spinta verso l'esterno trova un orificio anale dilatato per l'azione delle fibre rettali dell'elevatore dell'ano.

Dunque, ove la pressione dall'alto, ove la spinta espulsiva sia troppo considerevole o troppo prolungata, od anche i mezzi di sostegno (perineo, meso-retto) si siano indeboliti, nell'uno e nell'altro caso si verificheranno le condizioni favorevoli alla discesa del retto.

Quanto al prolasso mucoso, è evidente che si produrrà tanto più agevolmente quanto più sarà debole l'aderenza colla tunica muscolare. Ora questa aderenza è normalmente minore nella giovane età che nell'età adulta; il dimagramento rapido, facendo disparire l'adipe dalla tunica cellulare, od ancora l'infiltrazione edematosa di questa tonaca, sono condizioni favorevoli allo scollamento. Un esperimento di edema artificiale sul cadavere conferma questo concetto (D. Mollière).

Nel fanciullo bisogna tener conto d'un'altra particolarità che è stata messa in luce da Giraldès. Gli è che da una parte il sacro è rettilineo e dall'altra parte il retto è relativamente sviluppato. La sua deviazione gli fa subire direttamente uno sforzo, che nell'adulto si esaurisce in parte nella concavità sacro-coccigea, ed il suo volume ne aumenta il peso.

In somma, da una parte per l'esagerazione, la violenza e la ripetizione degli sforzi espulsivi, dall'altra per la debolezza dei mezzi di sostegno del retto, od infine per la diminuzione delle mutue aderenze delle tonache muscolare e mucosa, agiranno le diverse cause che determinano il prolasso del retto.

Nel *fanciullo*, il ponzare prolungato e gli sforzi violenti e ripetuti accompagnati da *grida*, i *vermi intestinali*, la *diarrea* col tenesmo, potranno provocare la procidenza della mucosa, per esagerazione degli sforzi espulsivi. Il *fimosi* molto stretto, le *aderenze prepurziali* che impediscono la minzione richiedono ugualmente dei violenti sforzi che possono produrre il prolasso. Allingham e Bryant avevano già indicato questi due ordini di cause, sulle quali ha insistito Holmes. Lo stesso dicasi degli *accessi di ipertosse*, che possono provocare delle ernie ed il prolasso.

I *polipi* agiscono col loro peso o col loro volume. Col loro peso essi trascinano *parzialmente* la mucosa (Curling); col loro volume agiscono come i *corpi estranei* e le materie fecali accumulate nella *costipazione*, e trascinano tutta la mucosa.

Succede qui lo stesso fenomeno che nella *procidenza artificiale*, che si determina con un pallone disteso attirandolo verso l'esterno per esaminare la mucosa (processo di Laugier). Vediamo dunque che la *diarrea* e la *costipazione* sono suscettibili di produrre il prolasso mucoso, ma con un meccanismo tutto diverso. Il *restringimento congenito* del retto sarebbe anche, secondo E. Bœckel, una causa di prolasso mucoso; l'ostacolo opposto al corso delle materie fecali vi concentra tutto lo sforzo della pressione espulsiva, e l'anello si trova respinto allo esterno, trascinando la mucosa sottostante.

Infine è per l'indebolimento ed il dimagramento che le *diarree prolungate*, l'*atrepsia*, la *debilitazione* nella *convalescenza* delle gravi piressie si complicano frequentemente con prolasso mucoso nel fanciullo. D'altronde, qualunque sia la causa, il prolasso mucoso si osserva per lo più nei fanciulli gracili, cagionevoli, le cui carni non sono resistenti.

Malgrado l'opinione di Cruveilhier che vuole che il rilassamento dello sfintere sia sempre consecutivo, esso può esistere primitivamente ed essere una causa predisponente efficacissima nel fanciullo; Guersant e Duchaussoy hanno pubblicato dei fatti convincenti. Nell'*adulto*, cause analoghe, agenti nello stesso senso, daranno occasione al prolasso mucoso. Noi ritroviamo qui l'*indebolimento dello sfintere* e del perineo per paresi, paralisi, una dilatazione ripetuta (sodomia); il *rilassamento* dei mezzi di fissazione intra-pelvici, in seguito a *gravidanze* ripetute; l'esistenza rara d'un *corpo estraneo*, più frequentemente d'un grosso *bolo fecale;* gli sforzi frequenti e ripetuti che provoca la *dissenteria*, la *rettite ulcerosa*, la rettite per uso ripetuto di *purganti drastici* e di *clisteri irritanti* (Smith). Le malattie delle *vie orinarie* (restringimento, calcoli, ipertrofia della prostata, cistite) che provocano violenti sforzi nella minzione sono pure una causa frequente (Ashton). Così pel tenesmo e per gli sforzi d'espulsione agiscono le *ragadi*, le *emorroidi*, e certe malattie dell'*utero* (fibromi) e della vagina. Infine l'*ascite*, la *gravidanza*, i *tumori* pelvici ed addominali che comprimono i vasi, agiscono per mezzo dell'edema della tonaca cellulare.

Delle cause analoghe, e per ragioni identiche, provocano il prolasso totale, quello dell'adulto. Noi ritroviamo qui le *diarree croniche* e la *dissenteria*, l'abuso dei *purganti drastici* e dei clisteri irritanti; ma sopra tutto i *tumori addominali*, le malattie dell'*utero*, che provocano delle contrazioni (fibromi, deviazioni) e, sopra tutto, le *gravidanze ripetute* ci rendono conto della frequenza del prolasso nella donna. Nell'uomo le malattie delle *vie orinarie*, già segnalate più sopra, sono la causa più frequente della procidenza; le *emorroidi* ed i *polipi* conservano tuttavia la loro influenza, la *bronchite cronica* agisce per gli accessi di tosse che provoca. L'*atonia dello sfintere*, checchè ne pensi Cruveilhier, è un'efficace causa predisponente; noi dividiamo a questo proposito l'opinione di D. Mollière; si vede anche sovente il prolasso nei *paralitici*, nei *paraplegici*, nei *vegliardi*. La paresi agisce in due maniere, coll'atonia dello sfintere da una parte e coll'accumulazione delle materie fecali dall'altra.

Fig. 13. — Tumore formato dal prolasso della mucosa rettale.

L'atonia dello sfintere spiega ancora la frequenza del prolasso negli individui dati alla sodomia passiva. Tali sono le cause multiple del prolasso rettale, nella produzione del quale intervengono due fattori, la violenza degli sforzi espulsivi, la debolezza dei mezzi di sostegno. Questi due fattori agiscono, secondo i casi, con un'intensità ineguale; il che ha fatto dire a G. Marchant che vi sono dei *prolassi da sforzo* e dei *prolassi da debolezza*. Questa denominazione per la discesa del retto, come per le ernie, non è d'accordo in fondo colla realtà dei fatti, e potrebbe far nascere nella mente un falso concetto della patogenesi dei prolassi del retto.

Sintomatologia. — 1° *Nel prolasso mucoso.* La procidenza si stabilisce a poco a poco, *progressivamente*. Se la madre è attenta, osserva che a ciascuna defecazione del suo bambino, esce un piccolo cercine mucoso, roseo, che dopo

rientra spontaneamente; le cose vanno così come normalmente nella razza equina; è, si potrebbe dire, la *forma equina* del prolasso parziale. Le cose possono restare lì, poi crescendo il bambino o cessando la causa produttrice, questo prolasso *intermittente* scompare. Ma se lo stesso fenomeno continua a riprodursi, il cercine si accentua, diventa più considerevole, poi resta all' esterno; il prolasso è allora *permanente*.

Ordinariamente meno considerevole nell'adulto, dove forma un cercine di 1 a 3 centimetri di altezza, che il malato scambia per un cercine emorroidale, benchè più molle e meno sensibile, il prolasso forma nel fanciullo un tumore che può avere sino ad 8 o 10 centimetri di lunghezza, ma che misura ordinariamente 4 o 5 centimetri.

Questo tumore, qualche volta schiacciato, più soventi cilindrico, è d'un rosso più o meno cupo. La superficie liscia, d'aspetto vellutato, è ricoperta di materie mucose e filanti. Queste mucosità si possono secernere in grande abbondanza e provocare un eritema molto intenso delle natiche.

Il tumore continua a livello dell'orificio anale colla pelle, senza *solco intermediario*. Vidal de Cassis ammetteva l'assenza costante di questo solco nel prolasso mucoso. Cruveilhier ha dimostrato che quest'opinione, vera nella maggioranza dei casi, non conviene a tutti i fatti. La superficie esterna e la superficie interna del cilindro sono mucose, e sono in mutua continuazione alla sommità del tumore a livello dell'orificio intestinale, da cui si vedono uscire le materie durante la defecazione.

Se si palpa questo tumore, si constata che è leggermente viscoso, molle e poco o punto sensibile quando è *recente;* colla pressione dolce lo si *riduce* agevolmente nell'orificio anale.

I caratteri sono un po' diversi nel prolasso *antico*. Allora il tumore è stato irritato dagli sfregamenti, la mucosa è spessa, gonfia, secerne abbondantemente, non più delle mucosità, ma una sierosità muco-purulenta. Sovente è *ulcerato* e *sanguinante*. All'esplorazione è poco resistente e sopra tutto molto più sensibile. Quest'infiammazione acuta potrebbe, molto alla lunga, secondo Trélat, trasformarsi in una infiammazione cronica con indurimento e perdita della sensibilità. Bisogna allora risalire dall'orificio intestinale dentro il cilindro interno per ritrovare, ad un'altezza variabile, i caratteri comuni della mucosa intestinale. Questa specie di cutanizzazione è molto rara.

Dal punto di vista dei *disturbi funzionali*, bisogna dividere i prolassi mucosi in due varietà, prolassi *riducibili* e prolassi *irriducibili* od almeno non riducibili con processi semplici.

Nel primo caso, il malato, se trattasi di un adulto, la madre, se si tratta di un bambino, sanno benissimo ridurre il prolasso dopo ciascuna defecazione; con un regime appropriato, defecando nel decubito laterale, evacuando la sera, il che permette la riduzione spontanea durante la notte, evitano ogni accidente e non hanno altra noia che la cura di ridurre il prolasso.

Non è più la stessa cosa quando il prolasso è permanente; allora gli sfregamenti lo irritano ed infiammano, le contrazioni dello sfintere, che ha conservata la sua tonicità, provocano l'edema, l'ispessimento delle ulcerazioni, delle escare gangrenose; in una parola tutti i fenomeni di uno *strozzamento* poco intenso, poco duraturo.

In queste condizioni, la defecazione diventa penosissima. È *an acute agony*, dicono con Ashton gli Inglesi; le secrezioni irritano l'ano, le natiche, le coscie. La caduta delle escare può provocare delle *emorragie serie* e Binninger le ha viste esser causa di morte.

Infine la tonicità dello sfintere si altera, scompare, il prolasso resta irriducibile, vi può essere *incontinenza delle materie fecali.*

2º Nel *prolasso totale,* il tumore è più voluminoso, è piuttosto *globulare* che cilindrico. Può diventare grosso come il pugno, anche come una testa di adulto (Gross), ma ciò è eccezionale. La sua superficie rosea, brillante, ricoperta di mucosità, di materie intestinali presenta delle pieghe trasversali parallele più o meno salienti.

Due punti devono fissare qui la nostra attenzione; da una parte la situazione e la forma dell'orificio intestinale, dall'altra l'esistenza del *solco* alla base del prolasso. Vidal de Cassis afferma l'esistenza di questo solco, e questo è per lui il carattere distintivo della procidenza del retto e del prolasso mucoso. Giraldès e Cruveilhier si sono elevati contro quest'affezione; essi hanno fatto osservare che l'esistenza di un solco è molto rara; la si trova soltanto nel prolasso della parte superiore con integrità della parte inferiore (prolasso retto-colico). Negli individui grassi sembra che esista, ma è facile rendersi conto se un dito o uno specillo penetrano appena in questo solco apparente. In realtà il solco manca il più delle volte nel prolasso totale.

L'orificio è deviato all'indietro, e tanto più quanto più il prolasso è considerevole; Curling attribuisce con ragione questa deviazione alla trazione esercitata dal meso-retto. Effettivamente, quando i mezzi pelvici di fissità del retto si sono considerevolmente rilasciati (tumori, gravidanze), questa deviazione non esiste, il prolasso si trasforma agevolmente in un prolasso retto-colico e si complica anche colla invaginazione d'una porzione più o meno considerevole del crasso. Questa trazione all'indietro dell'orificio si rivela ancora per la sua deformazione a semiluna colla concavità inferiore.

Primitivamente o consecutivamente, ma sempre molto presto, lo sfintere perde la sua tonicità; allora il prolasso ridotto si riproduce al minimo sforzo; un accesso di tosse, l'atto del soffiarsi il naso, uno sternuto, ed anche la posizione verticale per sè stessa bastano a riprodurlo; il malato, incapace di dedicarsi ad un'occupazione, non può nemmeno più sedersi, allora gli sfregamenti irritano la superficie, scoppiano i fenomeni infiammatori, si fanno delle secrezioni abbondantissime, molto irritanti, e si presentano delle defecazioni assai dolorose, malgrado l'*incontinenza,* degli eritemi molto estesi e penosissimi; vi si aggiungono pure spesso *dei disturbi orinari* (disuria). Sopravvengono dei dolori vivi che s'irradiano verso i lombi e verso le fosse iliache. Sotto l'influenza di questi sconcerti gravi, la salute generale si altera, sopravvengono dei *disordini digestivi,* ed il malato cade nel marasmo che precede la morte.

Inoltre nel corso di questo quadro intervengono delle *complicazioni.* Si osserva abbastanza sovente la coincidenza del prolasso rettale e del prolasso dell'utero; la patogenesi di questo accidente è facile da comprendere; si osservano pure frequentemente delle *emorroidi* che colle loro proprie perdite aggravano le perdite

mucose, muco-purulente e sanguigne del prolasso. Abbiamo già indicate le *complicazioni infiammatorie;* esse possono provocare degli accidenti più gravi di quelli che abbiamo segnalato, come la flebite, l'infezione purulenta, gli ascessi del fegato; si è anche osservata la peritonite generalizzata. Si è visto, in bambini affetti da difterite, il prolasso ricoprirsi di false membrane difteriche. Abbiamo fatto notare a proposito dell'anatomia patologica che il prolasso totale trascina in basso lo sfondato peritoneale, nel quale discendono le anse intestinali; ciò è l'edrocele di Uhde. Allingham dichiara d'averlo osservato 7 volte; e secondo lui, non esiste nel prolasso anche totale del bambino.

Quest'ernia forma un tumore alla parte anteriore del prolasso, tumore molle, pseudo-fluttuante, sonoro alla percussione. Questo tumore aumenta e si distende nella tosse (Gosselin), e mediante la pressione si riduce con un gorgogliamento. Esso contribuisce colla sua presenza in avanti a respingere all'indietro l'orifizio intestinale.

Infine una complicazione di cui non abbiamo ancora parlato è lo strozzamento. Perchè si produca è necessaria la contrazione dello sfintere, vale a dire che non lo si osserverà se non in circostanze relativamente rare, e negli adulti. Questo strangolamento è d'ordinario molto intermittente; secondo la durata e l'intensità, può provocare l'infiltrazione sierosa e l'edema del prolasso, uno sfacelo superficiale che dà luogo ad una semplice erosione, qualche volta uno sfacelo più profondo con *escare.* Alla caduta di queste, possono sopravvenire delle emorragie. Eccezionalmente la mortificazione interessa tutta la parte prolassata, od almeno una grande porzione. Può seguirne la guarigione, ma guarigione con un restringimento cicatriziale consecutivo. Se vi ha edrocele, questa mortificazione può avere rapidamente le conseguenze più gravi.

Prognosi. — L'esposizione fatta dei sintomi dimostra che il prolasso non è un'affezione benigna, poichè può provocare delle gravi complicazioni (irriducibilità, strangolamento) ed anche portare a morte, poichè infine, salvo il caso di gangrena totale, non può guarire spontaneamente, ed ancora questa forma di esito non è esente da pericoli immediati (peritonite) od ulteriori (restringimento). Tuttavia, conviene fare delle distinzioni. Nel bambino il prolasso è ordinariamente benigno, ed anche quando è totale, può facilmente guarire. Lo strozzamento e lo sfacelo, se vengono a prodursi, hanno, salvo la possibilità del restringimento consecutivo, una gravità ben minore.

È sopra tutto nell'adulto, e più ancora nel vegliardo, che il prolasso raggiunge tutta la sua gravità.

Nel vegliardo, in particolare, alla gravità propria del prolasso, risultante dalle sue complicazioni, si aggiungono le difficoltà ed i pericoli della terapia.

Diagnosi. — La diagnosi del prolasso è in generale facile. Nel bambino non vi sono che i *polipi*, coi quali un prolasso parziale possa essere confuso. Ma la durezza del polipo, la sua superficie irregolare, l'esistenza d'un peduncolo facile da riconoscere coll'esplorazione rettale, l'assenza d'orificio alla superficie del tumore procidente permetteranno di riconoscere la sua natura. Ricordiamo

d'altronde che il polipo può coesistere col prolasso del retto ed averlo determinato; bisognerà tenerne conto per istituire una cura razionale.

Nell'adulto, le *emorroidi* potrebbero a rigore essere prese per una procidenza mucosa parziale. Ma la loro superficie liscia rotondeggiante, la loro tensione, il colore azzurrognolo, la periodicità e l'intermittenza della loro apparizione, sono altrettanti caratteri particolari capaci di farle distinguere.

È difficile credere che si siano potuti scambiare con un prolasso parziale delle *emorroidi sclerosate* o dei *condilomi*, che hanno dei caratteri così particolari di tumori cutanei. D'altronde queste lesioni, e principalmente le emorroidi, possono, come i polipi, coesistere col prolasso.

Si è vista, nei prolassi antichi, in seguito ad irritazioni ripetute, la mucosa cambiare completamente d'aspetto. Per le sue villosità edematose, per le ulcerazioni, le escare in via di eliminazione, le secrezioni icorose, si è potuto credere a prima vista ad una *degenerazione cancerigna* (D. Mollière). Ma basta un esame un po' più preciso per riconoscere l'errore; d'altronde l'evoluzione affatto diversa può rapidamente far cessare qualsiasi incertezza.

Riconosciuto il prolasso, bisogna distinguere il totale dal parziale, ed il rettale dall'invaginazione. In tesi generale, il prolasso del fanciullo è un prolasso mucoso, ma il prolasso totale può incontrarsi nella giovane età ed il prolasso mucoso può esistere nell'adulto e nel vegliardo. Del pari, se un semplice cercine di 1 a 2 centimetri di altezza appartiene il più delle volte ad una procidenza della mucosa sola, mentre che un tumore lungo 5, 6 centimetri ha delle grandi probabilità per essere costituito da una procidenza totale, questi caratteri non hanno niente di assoluto. L'esplorazione, che consiste nell'introdurre l'indice nell'orificio intestinale e nell'afferrare il cilindro tra il pollice e l'indice, mostrerà un debole spessore nel prolasso mucoso, ed uno spessore ben più grande nel prolasso totale.

Noi abbiamo visto ciò che bisogna pensare del solco ed il valore che gli attribuiva a torto Vidal de Cassis; inutile ritornarvi sopra. Senza dubbio, se esiste, indicherà che si ha da fare con un prolasso totale e non parziale, ma la sua assenza non indica affatto che il prolasso sia forzatamente parziale. Dunque vi è poco da aspettarsi da questa maniera di diagnosi, salvo tuttavia per un punto. Se questo solco esiste, se è molto profondo, il che lo specillo, e sopra tutto il dito, avrà potuto stabilire, e se d'altra parte il tumore procidente è voluminoso, ciò indica che si ha da fare con un prolasso retto-colico o con una *invaginazione* del retto.

Rimangono dunque, in un certo numero di casi, delle incertezze sulla natura esatta del prolasso. La diagnosi dell'edrocele, facile quando esistono i caratteri che noi le abbiamo assegnati, diventa ugualmente incerta od impossibile quando questi caratteri fanno difetto.

Infine faremo osservare col professore Trélat, che il chirurgo il quale esamina un malato affetto da prolasso deve ancora ricercare se vi ha *irriducibilità*, dovuta sia ad una contrazione dello sfintere che ad aderenze infiammatorie. Deve pure assicurarsi dello stato dell'ano e del perineo. Quest'ultimo esame potrà, infatti, fornirgli la chiave della patogenesi del prolasso e suggerirgli delle indicazioni terapeutiche.

Cura. — La cura del prolasso è molto diversa, secondo che si tratta di un bambino o d'un adulto, o ancora di un vegliardo. Semplicissima il più sovente nel primo caso, questa cura può diventare nell'adulto e nel vegliardo molto complessa e difficilissima.

Nel *bambino*, quando si constata la procidenza d'un cercine mucoso, bisogna senza ritardo *ridurla*. Per questo non c'è bisogno di ricorrere ai mezzi od agli strumenti più o meno bizzarri che sono stati immaginati.

Non c'è bisogno tanto meno di collocare il fanciullo colla testa in basso, poi di scuoterlo per i piedi come Fabrizio Ildano consigliava. La posizione genu-pettorale raccomandata da Ashton sarebbe più favorevole, ma non è guari pratica pel bambino. Basta collocare il piccolo malato nel decubito laterale, fare sporgere l'ano, spalmare il cercine di vaselina, e con uno straccio fine, egualmente unto di vaselina, premere dolcemente respingendo verso l'ano.

Operata la riduzione, bisogna impedire la riproduzione; per questo si avrà riguardo alla causa (costipazione, ossiuri, polipi, ecc.), non si lascierà a lungo il bambino sul vaso, si istituirà un regime vespertino di evacuazioni, nel decubito laterale al bisogno. Infine localmente, si potranno fare delle applicazioni astringenti di allume, di ratania, di caciù, in pomata, in clisteri, in suppositorii. Sarà raramente indicato di provocare la contrattilità dello sfintere. È a questo scopo che Schwartz somministrava la noce vomica per via interna, che Duchaussoy applicava all'ano dei piccoli vescicanti cosparsi di stricnina, che Dolbeau e Foucher iniettavano localmente sotto la pelle alcune goccie di solfato di stricnina, e Vidal una soluzione d'ergotina. Altri hanno immaginato torselli svariati per mantenere la riduzione. Quelli di Boyer sono ben conosciuti, e furono differentemente modificati.

Ma può darsi che la riduzione sia più difficile, e la tendenza alla riproduzione grandissima. L'irriducibilità dipende soventi dalla contrattura dello sfintere. In simile caso, bisogna far cessare questa contrattura. Delpech, Vidal de Cassis e Asthon consigliavano di sezionare lo sfintere. Questa sezione non presenterebbe più al giorno d'oggi i pericoli d'infezione che le vennero obbiettati, ma può produrre l'incontinenza delle materie fecali e facilitare la riproduzione della procidenza.

D'altronde noi possediamo nella risoluzione cloroformica un mezzo più semplice e più sicuro per far cessare questa contrattura e per ottenere la *riduzione*. Se vi ha grande tendenza alla recidiva, si potranno utilizzare i mezzi medici che abbiamo indicati più sopra, o meglio mettere in opera la cauterizzazione ignea od elettrica nella narcosi. Guersant si serviva del cauterio attuale; Demarquay, dell'elettro-puntura e Gosselin della galvano-puntura.

Infine noi dobbiamo considerare il caso in cui è impossibile fare la riduzione. Questa irriducibilità può essere dovuta allo strozzamento; allora bisogna lasciare che le cose seguano il loro corso usando localmente le opportune cautele di asepsi, ma senza ricorrere all'applicazione delle sanguisughe. Asthon, al dire di D. Mollière, che se ne valse qualche volta, non ebbe troppo a lodarsene, e Dupuytren l'aveva già proscritta. Se l'infiammazione è molto intensa, potrà passare a guarigione per lo sfacelo; se fu moderata, si potrà fare la riduzione dopo che si sia mitigata. Ma l'irriducibilità può essere dovuta ad aderenze e ad ispessimenti infiammatorii pregressi; allora il prolasso parziale o mucoso diventa curabile con uno dei metodi che passeremo in rivista a proposito del prolasso totale.

Nel *prolasso totale* i mezzi terapeutici messi in opera sono molto numerosi. Lascieremo da parte i *mezzi palliativi*, come clisteri freddi, suppositorii, bendaggi, pessari di Boyer od altri, bendaggio emorroidale di Mathieu, ecc. Essi possono in una certa misura attenuare gli accidenti infiammatorii, ma sono senza efficacia contro il prolasso stesso e sono stati giustamente abbandonati.

Passeremo dunque immediatamente alla *cura chirurgica*, la quale comprende parecchi metodi che divideremo col professore Trélat e con Lyot in: 1° *operazioni* rivolte all'*ano* ed al *perineo;* 2° *operazioni* rivolte al *retto.*

1° I chirurgi che si sono rivolti all'ano ebbero sopra tutto in vista di rimediare all'allargamento di quest'orificio ed all'assenza di tonicità dello sfintere. Gli *eccitanti della contrattilità* furono usati da Schwartz (noce vomica), Duchaussoy, Dolkan e Foucher (stricnina), Vidal (ergotina). Alcuni operatori non hanno timore d'usare questi eccitanti sino a provocare dei fenomeni tetanici ed anche mortali (Treves). Duchenne (di Boulogne), Demarquay e Gosselin ricorsero all'*elettrizzazione* con risultati più o meno soddisfacenti.

Il *restringimento dell'ano* è stato provocato in diversi modi. Dupuytren escideva con forbici curve da 2 a 6 pliche raggiate levando colla pelle un po' della mucosa, e creava così delle ferite elittiche a grande asse verticale che per cicatrizzazione producevano un tessuto retrattile. Dupuytren cita nelle sue Cliniche due successi.

Prima di Dupuytren, si cercava di produrre il restringimento mediante il cauterio rovente. Roux e Robert ricorsero ad un processo anaplastico ingegnoso, consistente nel levare un lembo triangolare a base anale e sovente perineale diretto verso il coccige; è un processo che si riferisce per conseguenza all'ano ed al perineo. Tale processo ha dato a questi autori numerosi successi; ed è, senza dubbio, da esso che si sono ispirati Schwartz e Duret, immaginando la loro *retto-perineorrafia.* Duret ha fatto, pel suo malato, la retto-perineorrafia *posteriore,* assolutamente paragonabile alla colpo-perineorrafia per rettocele vaginale. Schwartz ha fatto una retto-perineorrafia *anteriore.* Il suo processo è stato un poco più complesso, perchè all'operazione anaplastica egli aggiunse la cauterizzazione ignea. La guarigione era conservata due anni dopo nel caso di Duret, 13 mesi più tardi in quello di Schwartz.

2° Le operazioni che si rivolgono al retto stesso sono ancora più numerose. Esse sono di tre gruppi secondo che si è voluto *restringere* il retto, *levare* la porzione prolassata o *fissare* il retto ridotto.

Nel *primo gruppo* noi collocheremo la *cauterizzazione:* Ætius, Fabrizio Ildano, Riolano e più tardi Begin, Sédillot, Malgaigne, ricorsero alla cauterizzazione ignea. Guersant l'usava nei bambini ed Allingham dichiara di doverle numerosi successi nell'adulto. Questo metodo può, anche prendendo la precauzione di conservare degli intervalli di pelle sana, provocare un ulteriore restringimento cicatriziale; Boyer, Mickulicz, Allingham ne hanno riferiti degli esempi.

I *caustici* sono stati anche molto impiegati. Lloyd ricorse al *nitrato d'argento* in soluzione; ma è sopra tutto l'*acido nitrico* ed anche il *nitrato acido di mercurio* (Allingham) che sono stati messi in uso da Jœsche (di Monaco) dapprima, poi da Brodie, Asthon, Woods, Delens, ecc. Questi autori ricorsero alle pennellazioni caustiche; ma hanno impiegato anche, con risultati il più delle volte deplorevoli, i caustici in iniezioni interstiziali.

Si è cercato ancora di restringere il retto coll'abrasione d'una parte della mucosa. Così Sabatier toglieva delle ripiegature della mucosa, ed è stato applicato il nome di *Hey* a questo processo, che fu seguito da Malgaigne, Henry Smith. Allingham faceva l'esportazione come Smith, afferrando dapprima la mucosa con un *clamp*, poi cauterizzava.

Infine venne usata la sutura per restringere il retto; così Curling consiglia di togliere due lembi della mucosa da ciascun lato del retto, poi di suturare; ma è sopra tutto Lange (di New-York) che ha istituito un processo veramente chirurgico. Lange mette allo scoperto la parete posteriore del retto levando il coccige, e su questa parete posteriore costituisce delle ripiegature mucose le quali sporgono verso l'intestino.

Il *secondo gruppo* comprende tutti i processi di exeresi.

Gli uni sono antichi e necessariamente risentono delle imperfezioni della vecchia chirurgia; gli altri, recenti, hanno usufruito di tutte le conquiste della chirurgia moderna.

L'escisione col *cauterio attuale* è stata praticata da Marco Aurelio, Severino, Kluyskens e Burgraeve (C. Lyot).

Blondin ed Allingham impiegarono la *legatura* fatta alla base del cercine prolassato, in diverse porzioni, così da lasciare permeabile l'orificio intestinale, contrariamente quindi a Marchal de Calvi, che afferrava il prolasso in una sola ansa, stretta sopra una cannula introdotta nell'intestino. Questo processo di Marchal, riprodotto da Weinlechner, Dittel, Hofmohl, ha dato dei successi, ma ha provocato anche dei gravi accidenti e persino la morte (C. Lyot).

Colla *resezione per mezzo del bistori* noi arriviamo ai più moderni processi. Invero questa resezione non fu immaginata e praticata soltanto in questi ultimi tempi, perchè Sabatier ci dice che era già un poco abbandonata alla sua epoca, a causa delle emorragie alle quali esponeva. È sopra tutto Ricord che ce la fece conoscere e la preconizzò nel 1833. Egli l'aveva praticata con successo in una donna di 49 anni. Ricord faceva la escisione, poi abbandonava le cose a sè stesse. Si comprende come in queste condizioni ed in un'epoca in cui l'antisepsi era quasi sconosciuta, siano state osservate delle emorragie gravi, dei flemmoni, delle flebiti, la piemia. Ammettendo che il malato sfuggisse a quegli accidenti, doveva essere esposto al restringimento cicatriziale ulteriore, quindi l'escisione col bistori aveva bisogno, per rientrare nella pratica, di essere ringiovanita. Mickulicz, all'estero, P. Segond, presso di noi, le hanno dato questa nuova giovinezza, che permette di sperare una lunga e bella vita a questo processo.

Questi due chirurgi non solamente fanno la resezione senza pericolo di emorragia o di complicanze infiammatorie, ma ovviano ancora al pericolo che farebbe correre alla escisione la presenza d'un edrocele. Mickulicz fissa dapprima l'intestino con due anse di filo, destinate ad impedirgli di sfuggire, poi incide col bistori, di fuori in dentro, la metà anteriore del prolasso; se incontra il peritoneo, lo apre, riduce l'ernia, poi sutura la sierosa, foglio viscerale contro foglio paretale, e compie la escisione della metà anteriore del cilindro; fa allora la sutura del labbro interno, il che mette fine ad ogni emorragia, e chiude la porta ad una infezione ulteriore; infine termina procedendo nella stessa maniera per la metà posteriore del cilindro prolassato.

Segond seziona verticalmente e trasversalmente il cilindro prolassato, che divide così in una valva anteriore ed una valva posteriore. Questa sezione è fatta fra due pinze che afferrano i tessuti, come si fa per la escisione di un V per cancro del labbro inferiore. Colloca allora un'altra pinzetta alla base di ciascuna delle valve, seziona trasversalmente e sutura come Mickulicz. Il processo di Segond è, come si vede, tanto sicuro quanto quello dell'autore sopra citato, ma è più semplice e più rapido. Il professore Trélat e Ch. Nélaton hanno ottenuto con questo metodo, e come Segond, un successo assoluto.

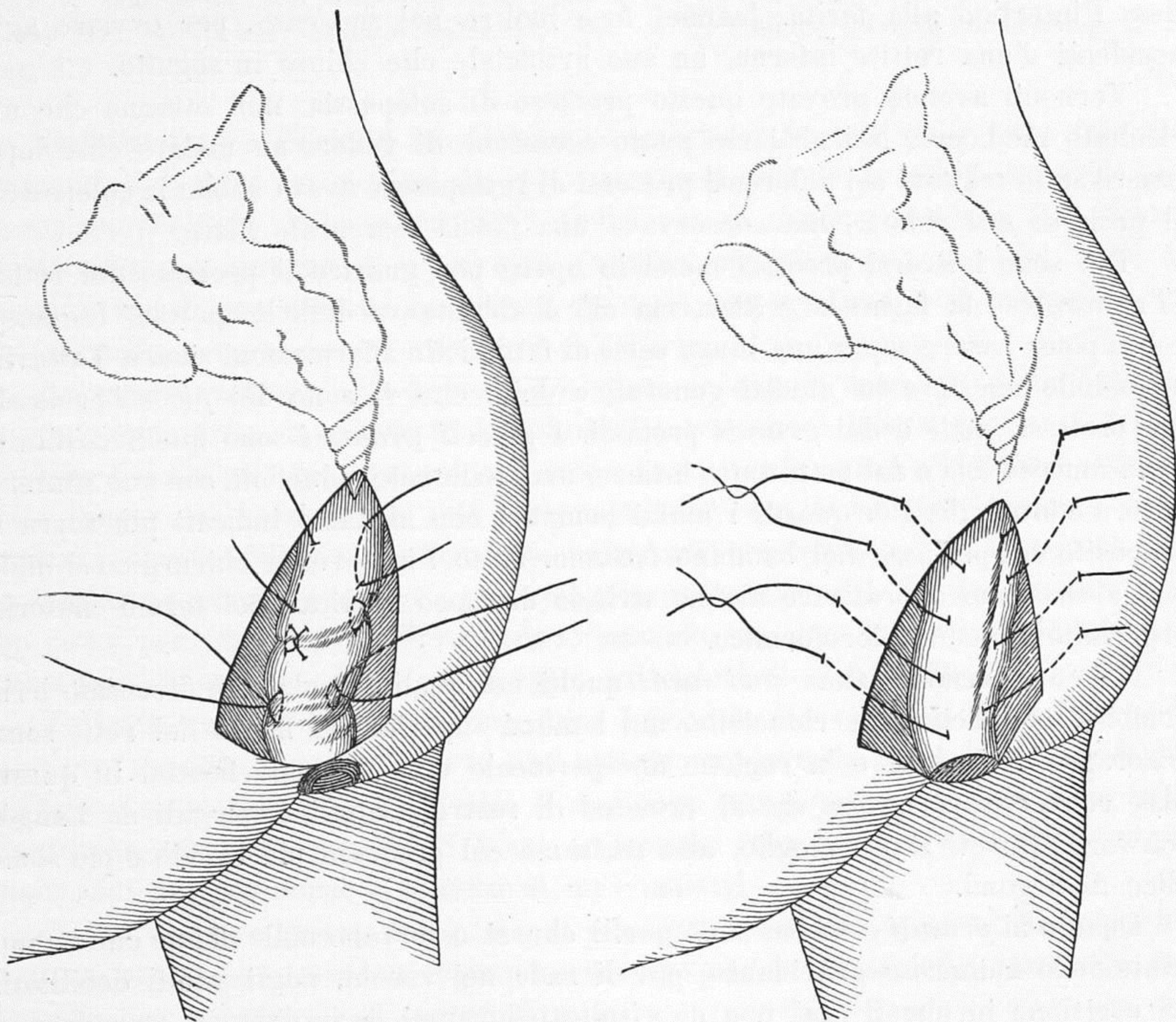



Fig. 14 e 15. — Retto-coccipexia di G. Marchant.

Infine il *terzo gruppo* comprende tutti i processi di fissazione. Coloro che li hanno immaginati hanno avuto sopra tutto lo scopo di ovviare all'insufficienza dei mezzi intrapelvici di sostegno del retto.

Noi troviamo qui la *rettopessia* posteriore immaginata da Verneuil e che consiste nel mettere a nudo la faccia posteriore del retto a livello del triangolo ano-retto-coccigeo, nell'escisione d'una parte dello sfintere, nella fissazione del retto alle pareti della breccia così costituita, poi nella chiusura di questa breccia stessa con punti di sutura.

A questo processo si avvicina quello di Gérard-Marchant, da lui chiamato *retto-coccipessia.* Egli ne ha esposti i particolari alla Società di Chirurgia (1890) e si può trovarli descritti minutamente nella tesi di Federico Soulié (1891). Gérard-Marchant agisce ugualmente sul retto per la faccia posteriore, rispettando lo sfintere. Diminuisce la lunghezza del retto costituendo con punti di sutura delle ripiegature trasversali, poi lo fissa ad un punto resistente dei tessuti fibrosi che inviluppano il coccige. Chiude in seguito la breccia, aperta per applicare queste suture. Infine Jeannel ricorse alla *colopessia.* Egli scopre l'*S* iliaca nella fossa iliaca sinistra e tira in alto l'intestino sino a che il prolasso sia ridotto. Ottenuta questa riduzione, fissa l'intestino alla ferita. Jeannel fece inoltre nel suo caso, per ovviare agli accidenti d'una rettite interna, un ano artificiale che chiuse in seguito.

Verneuil avendo provato questo processo di colopessia, non ottenne che un risultato mediocre. Noi abbiamo avuto occasione di vedere un malato che, dopo essere stato trattato coi differenti processi di rettopessia, aveva subìta la colopessia. Il prolasso era ridotto, ma conservava una fistola stercorale iliaca.

Tali sono i diversi processi messi in opera per guarire il prolasso del retto. Ci resterebbe da farne la critica, ma ciò è abbastanza difficile, perchè bisognerebbe poter basare sopra una lunga serie di fatti, delle affermazioni sicure. Tuttavia è possibile emettere dei giudizi generali e dire: che vi sono dei *piccoli* prolassi, dei prolassi *medî* e dei *grandi* prolassi. I *piccoli prolassi* sono quelli costituiti dalla mucosa sola o dal retto tutto intiero, ma facilmente riducibili, con uno sfintere ancora contrattile. Per questi, i mezzi semplici che abbiamo indicati più sopra a proposito del prolasso nel bambino bastano. Tutto l'intervento chirurgico si limiterà al massimo a praticare alcune striscie di fuoco verticali col termo-cauterio e durante il sonno cloroformico.

Noi consideriamo come *casi medî* quelli nei quali il prolasso è diventato irriducibile, o difficilmente riducibile, ma i mezzi superiori di fissità del retto sono ancora soddisfacenti, e la regione ano-perineale non è troppo floscia. In questi casi, converrà ricorrere sia ai processi di restringimenti impiegati da Langé, Schwartz, Duret, sia, e meglio, alla escisione col processo più rapido e più semplice di Segond.

Quanto ai *grandi prolassi* sono quelli che si osservano nelle donne che hanno avute delle numerose gravidanze, più di rado nei vecchi, negli adulti debilitati. La escisione in questi casi non dà risultati duraturi, il prolasso si riproduce e s'accresce man mano, di modo che bisogna o rassegnarsi a far portare semplicemente al paziente un bendaggio adatto, o ricorrere ad uno qualunque dei processi di rettopexia, cominciando da quello di Verneuil, per arrivare a quello di Jeannel passando per quello di Gérard-Marchant. Queste differenti rettopexie dànno dei buoni risultati nei casi medî curabili colla escisione; falliscono il più delle volte nei casi gravi in cui l'ano largamente aperto, il perineo senza consistenza, il meso-retto considerevolmente allungato, lasciano scivolare l'intestino. Il malato, in queste condizioni, è affetto da una infermità quasi incurabile.

IV.

DELLE EMORROIDI

Delarroque, Traité des hémorrhoïdes, 1812. — Duret, *Arch. gén. de Médecine*, 1879. — Gosselin, Leçons sur les hémorrhoïdes; Parigi 1866. — Lannelongue, art. Hémorrhoïdes nel *Dict. de Méd. et de Chir. prat.* — D. Mollière, Traité des maladies du rectum et de l'anus; Lione 1878. — Richet, *Semaine médicale*, 1884. — U. Trélat, *Clinique chirurgicale*, t. II, pag. 319.

Definizione. — Gosselin ha definito le emorroidi *tumori delle vene del retto suscettibili di dare sangue ad un dato momento.* Non è questo il concetto che si son sempre fatto delle emorroidi i medici che ci hanno preceduto. Per alcuni, emorroide era sintomo di emorragia rettale; per altri era uno dei modi di manifestarsi di una diatesi che poteva rivelarsi con epistassi, con ematuria, con metrorragie, ecc.

La natura varicosa delle emorroidi e la loro sede nelle vene del retto e dell'ano è oggigiorno ammessa da tutti; le iniezioni intra-venose hanno uccisa la teoria *cellulare* di Cullen; ma oggi ancora, come anticamente, quest'affezione è considerata spesso dal volgo come una fortunata evenienza capace ad impedire molti malanni. Questa felice influenza delle emorroidi era ammessa da Ippocrate che le considerava come emuntori, che relegavano la bile ed i flemmoni nelle vene del retto, per isbarazzarne l'organismo; secondo lui, esse impedivano le affezioni polmonari, liberavano dai mali di capo, dai dolori di reni, dalla follia, ecc.

Tuttavia, questa idea che si era fatta Ippocrate dei vantaggi delle emorroidi non era assoluta, perchè è certo che egli le escideva in certi casi. Con Stahl, all'azione emuntoria delle emorroidi si aggiunge una possente efficacia come antiflogistiche, ed alcuni seguaci di Stahl arrivarono sino a cercare di provocare le emorroidi per ottenerne i benefizi ai loro malati!

Vi ha, come vedremo, una parte di esattezza in queste opinioni che appaiono a tutta prima per lo meno ingenue; vedremo che vi sono delle emorroidi che bisogna ben guardarsi dal cercar di guarire.

Divisione. — Stahl aveva divise le emorroidi in *emorroidi interne,* ed *emorroidi esterne.* Egli ammetteva con Heurnius, uno dei commentatori di Ippocrate, che queste avessero sede nelle vene sotto-cutanee dell'ano, e quelle nei vasi venosi tributari della vena porta. Stahl considerava questi due sistemi venosi come assolutamente indipendenti, e questo ben a torto. Però la sua divisione merita di essere conservata, e Gosselin ha dimostrato che i sintomi, l'evoluzione e la cura di queste due varietà di emorroidi le fanno distinguere assolutamente.

A. EMORROIDI ESTERNE

Chiameremo così tutte le emorroidi sviluppate nelle vene dell'ano propriamente detto, sottostanti per conseguenza allo sfintere, collocate *costantemente all'esterno,* in quella parte che sta immediatamente intorno all'orificio anale. Il loro rivestimento sarà *cutaneo-mucoso,* contrariamente alle emorroidi interne il cui rivestimento è esclusivamente mucoso. Essendo poste al disotto dello sfintere, esse sfuggono totalmente alle sue contrazioni; saranno pure esenti dallo strangolamento che è una causa di complicazioni multiple, ripetute e serie per le emorroidi interne.

Anatomia patologica. — Dal punto di vista anatomico, conviene esaminare: 1° le lesioni delle vene; 2° le lesioni delle parti vicine; 3° il contenuto.

Le *lesioni delle vene* sono quelle che si osservano in tutte le varici senza nulla di particolare alle vene della regione ano-rettale. Vi si potrebbero ritrovare le tre forme di dilatazione indicate da Briquet. Già le dissezioni di Jobert avevano messo in luce questo fatto. Esse hanno pure dimostrato che le irregolarità di dilatazione sono più frequenti della forma regolare, e ciò si spiega per i gradi

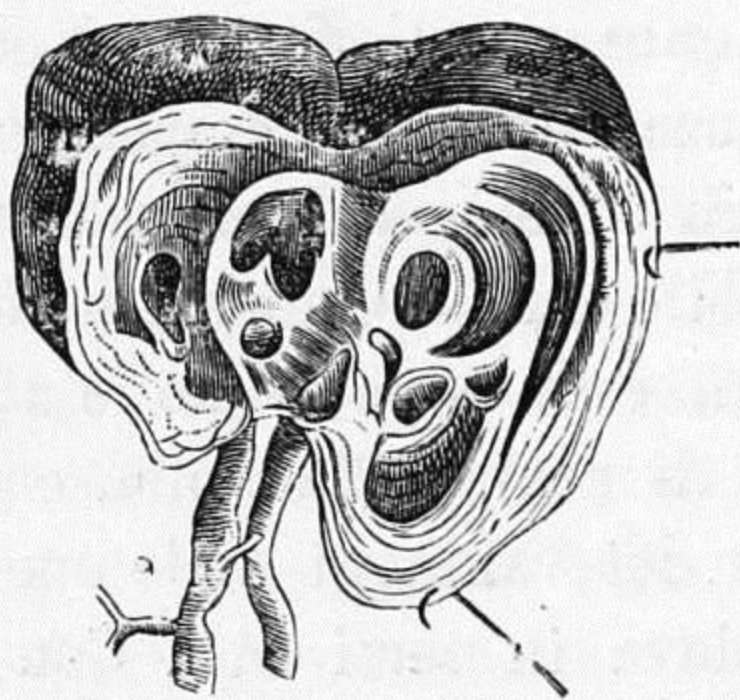



Fig. 16. — Sezione d'una emorroide in rapporto con una vena.

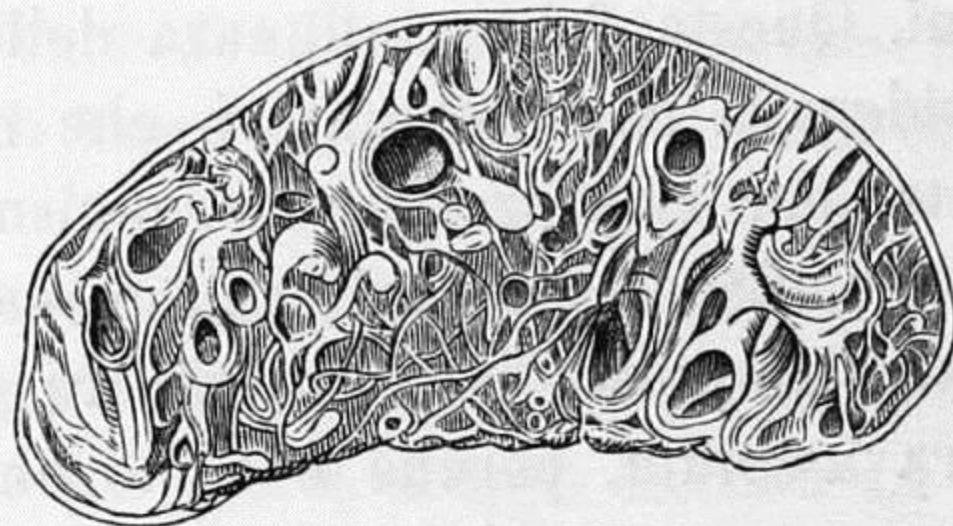



Fig. 17. — Sezione d'un tumore emorroidale. Aspetto cavernoso.

differenti d'alterazione che offrono le diverse tonache delle vene ammalate. Queste alterazioni spiegano perchè le pareti siano ora ispessite, ora assottigliate. Le vene dilatate si addossano, le pareti contigue possono scomparire e può formarsi una comunicazione, che darà alla massa un *aspetto cavernoso,* tanto più che i *vasa vasorum* rapidamente partecipano alle alterazioni delle pareti venose, forse le precedono, e si aggiungono così al complesso per simulare quell'apparenza cavernosa, che è ben rappresentata nella figura qui unita.

Questo semplice enunciato fa comprendere come Béclard, Delpech, Laennec abbiano potuto credere che le emorroidi fossero costituite da *tessuto erettile,* ma nello stesso tempo condanna questo errore anatomico.

L'emorroide non è costituita solamente dalla vena dilatata. Questa è ricoperta dal rivestimento cutaneo solo, o cutaneo mucoso del contorno dell'ano. Quando diciamo cutaneo-mucoso, noi parliamo dell'aspetto clinico, ma anatomicamente bisognerebbe dire rivestimento cutaneo, poichè la mucosa anale non differisce

dalla pelle se non per l'assenza di strato corneo. Tra il rivestimento cutaneo e la parete esterna delle vene si trova il tessuto cellulare. Ora, sotto l'influenza dell'alterazione primitiva, o consecutivamente ad infiammazioni ripetute, questa tonaca esterna può condensarsi per una iperplasia connettiva. Questo strato periferico si accresce collo ispessirsi e coll'indurirsi del tessuto cellulare; retraendosi, diminuisce il calibro del vaso a livello dei punti poco dilatati, cosicchè bisogna talvolta procedere ad iniezioni molto penetranti per mettere in evidenza la comunicazione col sistema venoso generale. D'altronde, vi può anche esistere una obliterazione completa di questa comunicazione. L'emorroide forma allora una cisti sanguigna chiusa da tutte le parti, è l'*emorroide cistica*. Laugier, secondo Cruveilhier, avrebbe operata una di queste cisti che aveva il volume d'un piccolo pomo. Gli antichi avevano osservate queste cisti ematiche, ma le credevano dovute ad uno stravaso di sangue fuori dell'emorroide (Cullen, Récamier). La cavità dell'emorroide può essere considerevolmente ridotta, ed allora si hanno delle masse simulanti assolutamente dei tumori solidi e che sono state confuse con dei condilomi. Questo è l'*indurimento* delle emorroidi per *trasformazione fibrosa*.

Tali sono le lesioni che si osservano nel processo infiammatorio cronico, ma sotto l'influenza di acutizzazioni possono apparire delle altre lesioni, per altro comuni, che ci basterà di citare: i *flemmoni* delle vicinanze, gli *ascessi* e le *fistole* consecutive. Infine si osserva spesso nel decorso delle emorroidi la produzione di fessure. Ricordiamo con Follin e Duplay che Verneuil ha rilevata tra il rivestimento cutaneo e l'emorroide l'esistenza di piccole cavità sierose. Queste borse accidentali sono rare, più ordinariamente la pelle aderisce alla superficie della massa emorroidale; così quando, in seguito all'indurimento, si fa una retrazione, la stessa pelle ispessita s'increspa alla superficie, come si osserva in quei piccoli tumori che si sono denominati « *marisques* » e che non sono altro che vecchie emorroidi le quali hanno subìta la trasformazione fibrosa.

Ci rimane da esaminare il *contenuto* delle emorroidi. Esso è variabile. Da principio è sangue fluido, coi caratteri del sangue venoso normale: ciò si osserva nelle emorroidi *turgescenti*, ma l'emorroide può accidentalmente o definitivamente svuotarsi; essa diventa allora *floscia*. Nell'emorroide cistica, il sangue può perdere alcuni dei suoi caratteri. Sotto influenze infiammatorie può *coagularsi*. Questa trombosi può determinare una flebite adesiva, una flebite cronica con produzioni di noccioli calcarei (fleboliti); infine essa può *suppurare* ed essere così l'origine di gravi fenomeni.

Eziologia e patogenesi. — Le emorroidi sono d'una estrema *frequenza* e quando Allingham dichiara che esse rappresentano un quarto delle malattie del retto, egli è al disotto del vero, perchè non può comprendere in questa sua statistica se non i malati abbastanza molestati dalle loro emorroidi per domandare una cura; ora, tutti coloro che sono affetti da emorroidi son ben lontani dal trovarsi in queste necessità; e ci pare che gli Inglesi siano nel vero quando dichiarano che pochi individui varcano l'età media della vita senza presentarne. È infatti verso l'*età media*, e sopra tutto dai trenta ai cinquant'anni, che si osservano le emorroidi; esse possono tuttavia comparire soltanto nella vecchiaia, ma sono ben

rare nella fanciullezza, quantunque certi fatti provino indubbiamente che possono presentarsi a quell'età. Molti autori affermano che sono più frequenti nella donna; se infatti ci riferiamo a quanto dimostra l'esame della regione perineale, che si ha così sovente l'occasione di praticare negli ospedali, sopra tutto in quelli in cui si fa della ginecologia, non si può far a meno di accettare questa proposizione. Vi sono poche donne che non presentino una o più emorroidi esterne, almeno allo stato flaccido. Tuttavia la proporzione è forse stata esagerata in ciò che concerne il rapporto fra la donna e l'uomo (Duplay). La *costituzione* è assolutamente indifferente; l'uomo robusto vi è tanto esposto quanto il debole, e le differenze di condizioni sociali che distinguono il ricco ed il povero non influiscono sullo sviluppo delle emorroidi; l'uno e l'altro vi sono ugualmente soggetti. Tuttavia gli individui sanguigni e pletorici vi sembrano maggiormente predisposti. Quanto alla influenza dell'*alcoolismo*, del *nicotismo* ed anche dell'*artritismo* non è molto manifesta checchè si dica, e la *diatesi emorroidale* è andata a raggiungere molte altre diatesi, oggidì scomparse. L'influenza dell'*eredità* è difficilmente valutabile; è tuttavia, certo che si vedono in certe famiglie più generazioni successive affette da emorroidi.

Si è ricercato anche quale potesse essere l'influenza dei *climi* e delle *razze*, e si è arrivati a questa conclusione, già ammessa da Ippocrate e ripetuta dagli autori moderni, che le emorroidi sono più frequenti nei paesi caldi e presso gli Orientali, che nei climi freddi e negli Occidentali. La ragione di questa ineguaglianza non è stata dimostrata.

Checchè ne dica D. Mollière, l'*igiene* sembra avere una parte predisponente importante nella produzione delle emorroidi; il vivere lautamente, la mancanza d'esercizio, la vita sedentaria, le prolungate posizioni sedute, principalmente sopra sedie imbottite e suscettibili di riscaldarsi, sembrano predisporvi considerevolmente. Così si spiegherebbe le frequenza delle emorroidi in certe *professioni:* impiegati, cocchieri, ecc.

Alcune *lesioni locali* possono ugualmente predisporvi: l'eritema, l'eczema dell'ano, la diarrea pel tenesmo che provoca, la stitichezza ostinata e ripetuta per l'imbarazzo circolatorio che ne deriva, possono avere quest'effetto. Secondo Allingham, il far uso giornalmente di giornali di fresco stampati sarebbe del pari dannoso per un'azione irritante.

Insomma, in tutti questi casi si tratta di emorroidi la cui causa determinante è poco o punto valutabile; perciò vennero denominate *emorroidi idiopatiche.* Ne esiste una classe di altre che sono sotto la dipendenza immediata d'uno stato patologico manifesto e che per questa ragione meritano di essere chiamate *sintomatiche.* Le cause determinanti sono o locali, od a distanza, ma agiscono tutte per impedimento alla circolazione venosa, sia nel sistema della porta, sia nella circolazione generale.

Fra le cause locali, citeremo le rettiti, i tumori del retto, particolarmente il cancro, e principalmente i restringimenti. Noi abbiamo già avuta occasione di dire (V. *Cancri e Restringimenti*) che in molti casi i disturbi prodotti dalle emorroidi secondarie avevano portato a praticare l'esplorazione rettale ed a fare la diagnosi della lesione causale.

La compressione, in luogo d'aver la sua origine nel retto, può provenire dall'esterno; così si spiegano le emorroidi per tumori addominali e per la gravidanza. Nei casi di gravidanza, le emorroidi sono dapprima passeggiere; in seguito a ripetute gravidanze, diventano permanenti.

Per l'ostacolo nella circolazione della vena porta si spiegano le emorroidi nelle malattie del fegato e principalmente nella cirrosi atrofica di Laennec in cui sono così costanti da costituire un vero sintoma. Le alterazioni della milza potrebbero, dice Peyrot, avere la stessa influenza, ma ci mancano dati per valutare questa influenza.

Si riferirebbero ai disturbi della circolazione generale le emorroidi che si osservano assieme all'asma, all'enfisema, alle malattie di cuore.

Le lesioni di tutto l'apparato orinario, e più particolarmente quelle della prostata (ipertrofia), della vescica (tumori, cistite), dell'uretra (restringimenti) si complicano soventi con emorroidi.

La *patogenesi* delle emorroidi si concepisce facilmente almeno in parte; essa sta intieramente nella *congestione* delle vene della regione ano-rettale. Stahl ha dimostrato bene pel primo la parte dovuta alla congestione venosa, talvolta *passiva*, come nella stasi per lesioni della vena porta, per impedimento alla circolazione generale (malattie di cuore, dei polmoni, ecc.), come nell'ostacolo circolatorio dipendente dalla defecazione, dalla pressione per tumori addominali, ecc.: talvolta *attiva*, come negli sforzi ripetuti della *minzione* (malattie delle vie orinarie), della defecazione (diarrea, costipazione), della *ejaculazione* (eccessi venerei), o ancora negli afflussi ripetuti dell'epoca mestruale e dei rapporti sessuali.

Ma nello studio delle condizioni patogenetiche bisogna ancora tener conto delle disposizioni anatomiche particolari che presenta la regione. Verneuil, Gosselin, avevano già insistito molto su queste disposizioni. Duret ha consacrato ad esse un capitolo molto interessante negli *Archives gènèrales de Mèdecine* (1876). Queste condizioni anatomiche particolari sono, da una parte, la ricchezza della rete venosa e le sue disposizioni dove si origina, dall'altra parte, i rapporti che essa ha collo sfintere dell'ano.

Questa ricca rete vascolare ha due origini: da una parte, nella circolazione della porta per mezzo delle vene *emorroidali superiori* che colla loro riunione costituiscono la piccola meseraica, dall'altra nella circolazione generale per mezzo delle vene *emorroidali inferiori* che vanno alla vena cava inferiore per le vene iliache interne.

Queste vene nascono sotto la mucosa per mezzo d'un gruppo di piccole ampolle, poi si portano verso i tronchi ai quali sono destinate; ma per questo formano dapprima un *plesso sotto-muscolare*, poi *attraversano* le fibre degli *sfinteri*, mandando dal sistema superiore al sistema inferiore delle numerose anastomosi. Questa disposizione ampollare all'origine, il passaggio attraverso gli anelli muscolari, le anastomosi e la mancanza di valvole, sono condizioni che, unite alla ricchezza venosa, bastano a spiegare e la forma e la frequenza delle emorroidi e l'influenza patogenetica delle ripetute contrazioni muscolari.

Sintomatologia. — Le emorroidi esterne si rivelano con segni *funzionali* e con segni *fisici*, differenti secondochè le emorroidi si trovano in uno dei tre stati: *congesto, flaccido, indurito*, i quali sono gli stati sotto cui si possono osservare. Nello stato flaccido o indurito, i sintomi funzionali non esistono; l'emorroide *indurita* è una emorroide guarita la cui presenza non si manifesta che pel fatto di una piccola massa appesa all'ano e più o meno dura.

L'emorroide *flaccida*, meglio conosciuta sotto il nome di *marisca*, è un piccolo tumore, ordinariamente schiacciato, ricoperto da un involucro cutaneo o cutaneo-mucoso, grinzoso, increspato. Questo tumore s'inserisce al contorno dell'orificio anale per un largo peduncolo; è molle e indolente alla pressione. Differisce dalla emorroide indurita non solo per la sua consistenza, ma anche perchè in certo modo è soltanto assopito e può ridiventare *turgido* sotto l'influenza di eccitazioni locali, o di una pletora generale.

I fenomeni funzionali delle emorroidi in attività sono un senso di peso, di imbarazzo in corrispondenza dell'ano, di premiti e di stimoli a defecare che terminano senza evacuazione. La defecazione è *penosa* tanto più che le materie indurite per la costipazione passano difficilmente. Questo passaggio provoca dolori che si propagano verso i lombi, gli inguini, le coscie. Sovente questo passaggio è seguito da una emissione di sangue, più o meno considerevole, che provoca per altro una mitigazione di tutti i fenomeni locali.

Qualche volta si osserva una specie di *crisi*. Il malato che da alcuni giorni provava mal di capo, ronzii agli orecchi, offuscamenti di vista, che aveva una sensazione di pienezza generale, cogli occhi leggermente iniettati, colla regione epatica dolorosa, con un malessere generale inesplicabile, vede tutto d'un tratto questi fenomeni attenuarsi e scomparire coll'emissione spontanea d'una quantità notevole di sangue. In alcuni individui questa perdita si ripete quasi periodicamente; uno sforzo della defecazione ne diventa l'occasione, e le si è dato il nome di *flusso emorroidale*. Il flusso emorroidale si osserva più sovente nelle emorroidi interne, sembra persino che avvenga senza dilatazione venosa apprezzabile, negli Orientali (Damaschino); nella donna, il flusso emorroidale può supplire un flusso catameniale sospeso.

Sotto l'influenza di eccitazioni locali, di costipazione, di irritazione, di fatiche, di marcie prolungate, od in seguito ad eccessi di regime, una o più emorroidi diventano *turgide*. Allora l'individuo prova un senso di peso, di calore locale intensissimo, e talvolta un dolore acuto; egli soffre camminando, soffre sedendo; se vi sono più emorroidi turgescenti sopravvengono delle trafitture che, nella notte, risvegliano il malato; prova il bisogno di andar di corpo, ma fa degli sforzi ripetuti e vani i quali accrescono ancora la tensione e le trafitture, i dolori si propagano verso gli organi genitali e verso le vie orinarie. Nello stesso tempo sopravviene un movimento febbrile, la sete è viva, vi ha inappetenza, la lingua è saburrale. Questi sono i fenomeni dell'*attacco di emorroidi*. Se in questo momento si esamina la regione anale, si scorge tra le pieghe raggianti, di cui alcune sono scomparse, ora uno o due piccoli tumori, ora di più, disposti tutto intorno all'ano, *a corolla*. Questi piccoli tumori sono rotondi, lisci e lucenti alla superficie; ricoperti talvolta di sola mucosa ed allora sono intieramente azzurrognoli; talvolta di pelle sola-

mente, ed allora tale colore appare meno; per lo più sono coperti contemporaneamente da pelle e da mucosa ed allora il colore azzurrognolo è più manifesto sulla faccia mucosa. Ciascun tumore è sessile sull'orificio anale. Colla palpazione si constata che esso è abbastanza teso, renitente, doloroso alla pressione. Talvolta a lato d'una emorroide turgida si trovano due o tre *marische*.

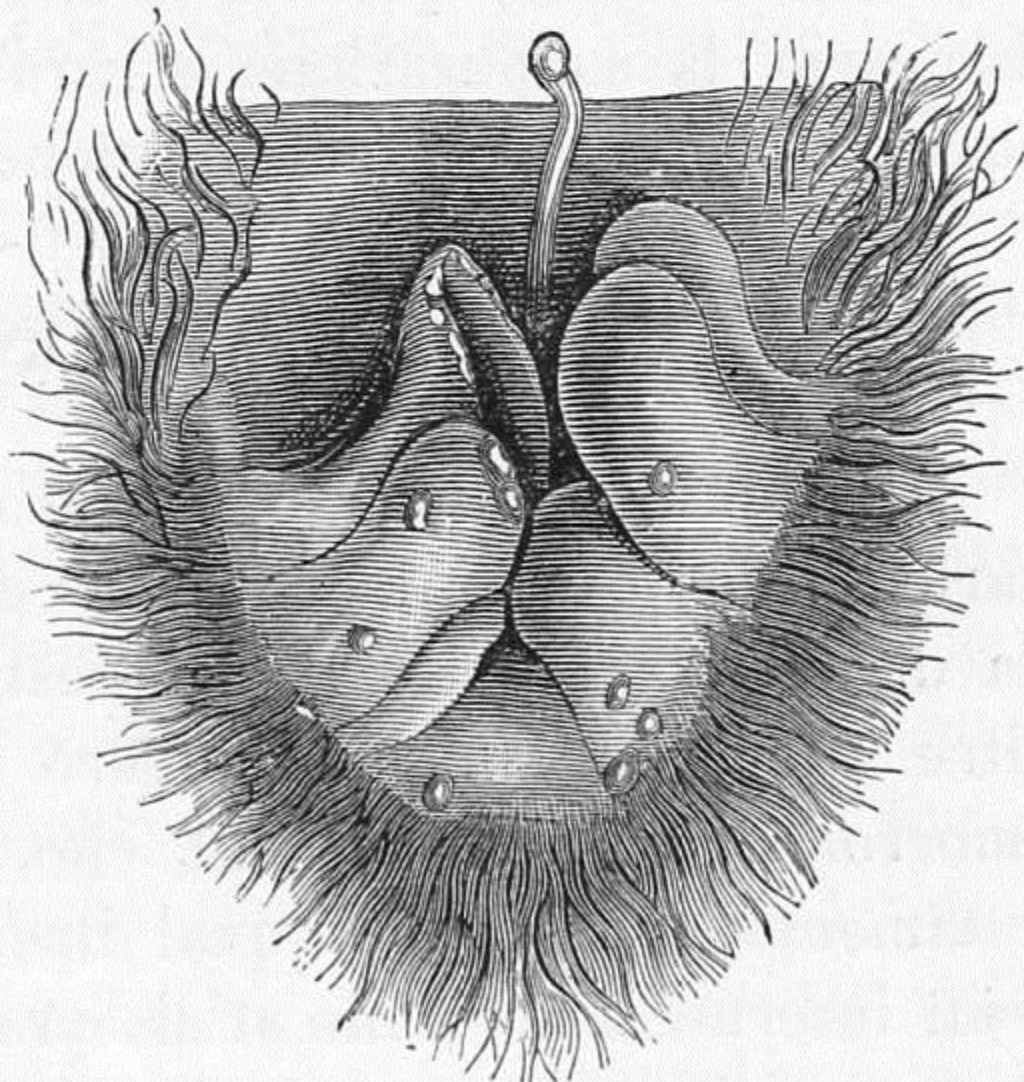
In che cosa consiste questa turgescenza? Montègre aveva detto: è *una flussione*, ma ciò non è che una parola sostituita ad un'altra. Vi ha semplicemente *iperemia* oppure *infiammazione reale*, o non è che una *congestione?* In realtà nella turgescenza vi ha un po' di tutto questo. La congestione è manifesta, ed è grazie ad essa che il tumore aumenta e si stende, ma è innegabile lo stato infiammatorio, ed il processo febbrile che accompagna il turgore ne è la prova. D'altronde i diversi esiti mostrano la parte che è dovuta alla congestione e quella dovuta all'infiammazione nello stato turgido.

Fig. 18. — Emorroide esterna.

1° *Per risoluzione.* — È il caso più comune; la febbre scompare, i fenomeni locali si attenuano, la tensione se ne va, e l'emorroide passa allo *stato flaccido.* Questo ritorno allo stato flaccido può essere definitivo oppure il turgore *recidiva.* Questa recidiva non si rinnova molte volte nelle emorroidi esterne.

2° *Per rottura.* — Se si sta a quanto dicono gli ammalati, questa rottura sarebbe assai frequente. Infatti, essi spiegano per tal modo la perdita di sangue talvolta grandissima che hanno al momento della defecazione ed in seguito, ed è tanto più difficile contestare loro questa opinione in quanto che essi dopo tale emorragia sono molto sollevati. Non è men vero che l'esame più attento permette ben raramente di constatare questa rottura. Tuttavia essa può osservarsi, ed ha per conseguenza l'appassimento dell'emorroide.

3° *Per suppurazione.* — La infiammazione che accompagna il turgore può essere abbastanza intensa per provocare dei fenomeni *infiammatorii.* Allora il dolore diventa vivo, si desta una leggera febbre, appaiono localmente la tumefazione ed il rossore, e si forma un *ascesso.* Quest'ascesso è ordinariamente piccolo, e per lo più ha preso origine nella vena stessa, e Chassaignac lo ha chiamato *ascesso flebitico circoscritto.* Infatti, grazie agli ispessimenti infiammatori concomitanti, quest'ascesso si limita rapidamente; per le stesse ragioni, benchè si tratti di una flebite suppurata, è ben raro che si osservino dei fatti di *pioemia.* Ma quest'ascesso, se si apre spontaneamente, può dar luogo talora ad una *fistola,* più spesso, ad una fistoletta.

Infine, in alcuni casi, la turgescenza è finita colla risoluzione o coll'indurimento, e tuttavia persistono dei fenomeni dolorosi particolari; il malato risente alcune trafitture dolorose; soffre camminando e principalmente quando va di corpo. La defecazione è dolorosa, ma il dolore provato durante la medesima è

minore di quello che si manifesta dopo e che andrà in alcuni casi crescendo durante un quarto d'ora, un'ora, per attenuarsi più o meno lentamente. Noi abbiamo, in una parola, quello stato particolare che descriveremo più avanti sotto il nome di *stato fissurario,* e che anatomicamente è caratterizzato dall'esistenza di una o più screpolature o fessure della mucosa anale, al fondo delle pieghe raggiate, accompagnate dalla contrattura dello sfintere. È ciò che Gosselin ha chiamato *emorroidi escoriate.* Sono sopra tutto le emorroidi sviluppate nell'orificio anale, chiamate *mucose,* quelle che sono suscettibili di escoriarsi. Insomma, lo stato fissurario, la suppurazione e raramente la rottura, sono le *complicazioni* che si possono presentare nell'evoluzione delle emorroidi *esterne.*

B. EMORROIDI INTERNE

Anatomia patologica. — Le *emorroidi interne* sono dovute alla dilatazione varicosa delle origini delle vene *emorroidarie inferiori.* Il metodo delle iniezioni ha dimostrata l'esattezza di questa definizione ed ha messe al bando le diverse altre interpretazioni che corsero tanto per le emorroidi interne quanto per le emorroidi esterne. Verneuil, che, pel primo, si valse di questo processo, ha perfettamente dimostrato in qual dipartimento venoso si mostrano le varici. Le emorroidi interne si formano al disopra od alla faccia interna dello sfintere, attraverso le fibre del quale passano in gran parte le vene emorroidarie e fino presso le lacune di Morgagni, in quella rete che nasce sotto la mucosa per mezzo di piccole ampolle. Esse cominciano precisamente a livello di queste piccole ampolle. Ora queste sono a gruppi in modo da formare un grappolo. La dilatazione di questo grappolo costituisce il *pacco emorroidale.* Vi possono essere diversi pacchi indipendenti, ma possono anche essere raggruppati insieme e costituire un *cercine emorroidario.*

Sia che si tratti di un gruppo o di un cercine, le emorroidi interne sono indipendenti e dalla mucosa che scivola sopra di esse e dal tessuto cellulare sottomucoso sul quale si sviluppano. Ma esse comunicano sempre per mezzo di numerose anastomosi colla rete vascolare, vale a dire colle *origini della vena porta.*

Ciò che abbiamo detto indica chiaramente che le emorroidi interne sono esclusivamente dovute all'alterazione del solo sistema venoso. E tuttavia si incontrano ancora, in molti autori, le denominazioni di emorroidi *capillari, arteriose, venose.* Non bisogna ingannarsi, non si tratta d'una vera disposizione anatomica, ma di un aspetto clinico. Così quando Allingham parla di emorroidi *capillari,* descrive dei piccoli tumori leggermente sporgenti a superficie irregolare, d'un color rosso vivo, dall'aspetto di lampone, sanguinante facilmente ed abbondantemente quasi al menomo contatto come se si trattasse di capillari dilatati ed aperti; ma egli non volle pretendere che in realtà così stesse la cosa.

Questa disposizione è per altro sovente il primo grado nell'evoluzione delle emorroidi interne.

Le emorroidi *arteriose* costituiscono un grado più avanzato dell'affezione. Le vene hanno preso uno sviluppo più considerevole, sono numerose, flessuose, anastomizzate; di modo che la sezione sembra quella di un tumore erettile venoso

(Verneuil), ma la superficie, l'involucro è sottile, contrariamente a ciò che si osserverebbe in un simile tumore. Le arterie non prendono parte nella costituzione dei tumori emorroidari, però bisogna riconoscere che le arterie del retto sembrano avere uno sviluppo più considerevole e che il retto è in qualche modo più ricco di arterie del normale. Si sente frequentemente il peduncolo animato da pulsazioni arteriose (Jobert). Questa è una disposizione di cui bisognerà tener conto a proposito della cura.

Infine quando l'alterazione patologica e la dilatazione colpiscono i grossi tronchi, abbiamo l'*emorroide venosa,* stadio ulteriore dell'evoluzione, ma che frequentemente può anche osservarsi fin da principio.

Le vene alterate sono dapprima indipendenti, poi si uniscono, si raggruppano, comunicano fra loro; le loro pareti si ispessiscono, il tessuto cellulare si infiamma, e si può avere la *trasformazione cistica*, indicata per le emorroidi esterne, e l'*indurimento* (John Burne). Queste alterazioni infiammatorie non si osservano che quando le emorroidi sono diventate procidenti. Ora questa procidenza è frequente; infatti, in seguito alla disposizione ampollare delle vene emorroidarie, alla loro origine ed alla dilatazione di queste ampolle, le emorroidi hanno una spiccata tendenza a peduncolizzarsi. Questi tumori peduncolizzati si comportano come piccoli polipi e la defecazione può spingerli al difuori. Se questo fenomeno si produce un certo numero di volte, si potrà osservare, come nei polipi, il *prolasso della mucosa* concomitante. Diciamo infine, per terminare, che le emorroidi interne possono esistere isolatamente; più soventi esse sono accompagnate da *emorroidi esterne.*

Il volume delle *emorroidi interne* è vario. Affatto piccole quando sono allo stato capillare, possono negli altri stati raggiungere il volume di una nocciuola, e questo è il caso più frequente; eccezionalmente il volume d'un piccolo uovo.

Eziologia. — Le emorroidi interne sono, come le emorroidi esterne, frequentissime nell'adulto. Infatti esse non esistono nel fanciullo, ciò che non è guari favorevole all'idea d'un'influenza *ereditarià*, benchè sembri che l'ereditarietà possa avere una certa parte eziologica. Furono tuttavia qualche volta osservate a ventidue anni ed anche nell'adolescenza.

Le *cause predisponenti* sono anatomiche, fisiologiche o patologiche. La ricchezza vascolare, la mancanza di valvole nelle vene, la loro disposizione in rapporto collo sfintere che loro presenta delle piccole bottoniere a livello delle quali sono compresse ad ogni sua contrazione; la stasi risultante dalla prolungata posizione seduta, dall'accumulo di materie fecali, dalla compressione esercitata da un tumore, dalla gravidanza, ecc.; gli sforzi ripetuti della defecazione dovuti alle rettiti, ai tumori; e quelli risultanti da calcoli vescicali, da restringimenti uretrali, da ipertrofia prostatica; tali sono le condizioni anatomiche e fisiologiche predisponenti.

Nelle cause patologiche entrano le *diatesi:* gotta, reumatismo, artritismo. Abbiamo visto sopra che cosa se ne debba pensare; la frequenza delle emorroidi, il loro comparire in tutte le classi della società ed in tutte le condizioni patologiche rendono difficilmente spiegabile l'influenza di queste diatesi. L'influenza delle malattie delle vie orinarie è innegabile, benchè non sia sempre facile metterla in evidenza.

Egualmente per influenza del fegato, per congestione di questo organo, e per la stasi nel sistema della porta si cerca di spiegare la frequenza delle emorroidi nei grandi mangiatori, negli alcoolisti, in quelli che fanno una vita sedentaria e nei pletorici. Tuttavia, se si concepisce che l'ostacolo circolatorio nella vena porta possa dilatare le origini venose, si comprende più difficilmente che ne possa risultare un'alterazione delle pareti di queste vene e la costituzione di emorroidi definitive.

Non citiamo che di passaggio l'influenza dell'eczema, delle escoriazioni anali invocate da alcuni autori. Insomma, le emorroidi interne presentano, dal punto di vista della loro eziologia, le stesse incertezze che abbiamo riferite a proposito delle emorroidi esterne.

Sintomatologia. — Sotto il punto di vista clinico si debbono dividere le emorroidi interne in due gruppi molto differenti: le emorroidi interne *non procidenti*, che restano sempre nascoste nel retto, e le emorroidi *procidenti;* le prime corrispondono principalmente a quello stato che Allingham ha chiamato emorroidi capillari. Queste emorroidi appartengono più al medico che al chirurgo; ciò non vuol dire che non presentino dei sintomi serî. Abbiamo già indicato che esse potevano sanguinare facilmente, e questa emorragia è sempre notevole; se si ripete frequentemente, può determinare uno stato d'anemia molto grave, la *quite blanched* di Allingham. Trélat, nelle sue *Cliniques* insiste su quest'anemia che può giungere sino al punto da dare la morte. Tuttavia può darsi che le perdite di sangue siano poco abbondanti e non si manifestino che nella defecazione. Esse possono anche passare inosservate, infine possono diventare *periodiche* ed al bisogno *supplementari* del flusso catameniale. Si è molto discusso sulla periodicità del flusso emorroidale, vi si volle vedere una mestruazione anale. Gosselin, già da molto tempo, ha condannata questa falsa interpretazione. Allo stato capillare, le emorroidi sono poco o punto dolorose, così se non vi sono dei fenomeni di emorragia grave, la lesione passa inosservata od il malato non se ne preoccupa.

Non è più la stessa cosa nel periodo arterioso. Allora si soffre peso, calore, bruciori al retto. Ne dipartono dei dolori che si portano qualche volta verso gli organi genitali esterni, per lo più verso i lombi. Le perdite di sangue nella defecazione o nell'intervallo delle defecazioni sono allora sempre osservate dal malato la cui attenzione è attratta a questa parte, grazie ai fenomeni funzionali indicati più sopra.

In un periodo più avanzato, le emorroidi diventano *procidenti;* ed allora, secondo che lo sfintere è rilassato o contratto, si osserva il *prolasso emorroidario*, e lo *strozzamento*.

Insomma, un poco d'imbarazzo, di perdita di sangue, sono i fenomeni dovuti alle emorroidi non procidenti; l'*esplorazione rettale*, permette in alcuni casi di sentire dei piccoli tumori molli, depressibili, ma si può anche sentire nulla; in questi casi, lo stesso esame collo *speculum* può non fornire alcuno schiarimento, oppure mostrare la mucosa sollevata in piccole sporgenze rosee ed irregolari. Il solo accidente di questo periodo è l'*emorragia;* tutti gli autori l'hanno fatto notare ed alcuni hanno già da tempo notate delle quantità di sangue veramente inverosimili che avrebbero perduto gli ammalati. È certo che le perdite possono essere considerevoli e condurre ad un'*anemia* estrema.

L'emorroide divenuta *tumore peduncolato* può, in uno sforzo di defecazione od a proposito di qualunque altro sforzo, uscire dall'ano; ciò caratterizza la *procidenza.* Ma possono presentarsi diverse condizioni. Così il tumore uscito durante la defecazione può rientrare facilmente dopo, sia spontaneamente, sia sotto una debole pressione, oppure può non più rientrare ed essere *strozzato,* il che diventa origine di svariati accidenti.

Gosselin ha molto attentamente studiate le diverse condizioni nelle quali si presentano le emorroidi interne in procidenza.

1° La procidenza sopravviene al momento della defecazione, e cessa spontaneamente dopo. Il fenomeno si riproduce ad intervalli più o meno lontani; tale condizione è assai facilmente tollerabile. Se si riproduce frequentemente, si vedono ben tosto uscire delle emorroidi più numerose trascinanti la mucosa; ma il malato può ancor fare che tutto rientri; dopo la defecazione non soffre e sopporta facilmente ciò che chiama talvolta un'infermità necessaria. Ma può darsi che la procidenza si accompagni con perdita di sangue; questa produce l'accasciamento dell'emorroide, e ne favorisce la riduzione, di maniera che il malato non vede in ciò che un vantaggio. Ma la perdita di sangue può, per la sua abbondanza e pel ripetersi frequente, produrre un'*anemia* rapida nella genesi della quale lo stato generale abbastanza scosso ha una parte importante. Gli ammalati presentano allora questa *facies* particolare e ben conosciuta: mucose scolorate, pelle color di vecchia cera, carni floscie, palpebre come edematose, individuo senza forze, quantunque senza dimagramento. E il malato è giunto a questo stato abbastanza rapidamente, senza inquietarsene a tutta prima, perchè non soffre ed è convinto che la sua salute ha bisogno di queste perdite di sangue!

2° Il prolasso emorroidario è anche sempre facilmente riducibile, ma durante la procidenza il malato risente un dolore acuto, cocente, una sensazione di bruciore penosissima, che il menomo contatto, il più piccolo sfregamento esaspera, e che l'obbliga a richiedere un intervento. Secondo Gosselin, vi sono in simili casi delle piccole escoriazioni e sono esse che producono questo quadro doloroso. Il malato è d'altronde, come nel caso precedente, esposto alle perdite di sangue ed alla anemia.

3° Sino a questo punto la procidenza è facilmente riducibile, dolorosa o non; spontaneamente o coll'aiuto della mano, le emorroidi rientrano dopo la defecazione, a meno che il dolore risentito dal malato non l'impedisca. Ma può darsi che la riduzione quantunque possibile, sia *lenta.* Si fa soltanto mezz'ora, un'ora o più ore dopo la defecazione. Il malato prova una sensazione particolare, gli sembra che abbia bisogno ancora di andare di corpo, fa novelli sforzi; e così aumenta e moltiplica le contrazioni dello sfintere e prolunga la durata della procidenza, di modo che non è che dopo la stanchezza del muscolo e la perdita del sangue che la riduzione può effettuarsi, ed ancora progressivamente. Nei primi tempi, gli ammalati ricorrono a processi più o meno bizzarri, soventi inefficaci, talora pericolosi, per affrettare questo rientramento; ma ben presto essi si accorgono che il decubito dorsale, a letto, è più efficace di tutti i loro processi, ed allora prendono l'abitudine d'andare di corpo solamente alla sera, al momento di mettersi a letto. Vi aggiungono qualche volta l'applicazione locale di compresse d'acqua fredda che provoca l'espressione delle emorroidi e facilita la riduzione.

Il rientramento delle emorroidi fa cessare questi fenomeni, ma se la procidenza si ripete frequentemente, lo sfintere perde della sua contrattilità; la riduzione è facile, ma non si mantiene; in seguito o spontaneamente o sotto l'influenza d'un debole sforzo, riso, tosse, sternuto, cammino, la procidenza si riproduce; pare che le emorroidi abbiano *perduto diritto di domicilio* nel retto (Gosselin). Allora l'ano presenta un doppio o triplo cercine, costituito dalla pelle sollevata, spessa, coperta qualche volta da vegetazioni ricordanti delle *creste (marische)*, dalle emorroidi procidenti, ed infine dalla mucosa che hanno trascinata. Allora gli sfregamenti delle natiche, del vestito, irritano queste parti, le infiammano, si stabilisce una secrezione leucorroica estremamente abbondante *(emorroidi bianche)* si sviluppano dolori, un'irritazione eritematosa dei tegumenti, disuria. Questo stato preoccupa considerevolmente il malato che non tarda a cadere in una ipocondria nera che aggrava i disturbi generali d'inappetenza, di dispepsia che accompagnano queste lesioni.

4° Un altro caso, frequente, può presentarsi, cioè questo che lo sfintere avendo conservato la sua tonicità, entra in contrazione dopo la procidenza e determina lo *strozzamento emorroidario*. Questa è una seria complicazione; il malato prova dei dolori estremamente penosi, tiene le coscie dilatate, paventa il menomo contatto, poichè il menomo toccamento provoca degli spasmi con esacerbazione di questi dolori; queste *crisi* costituiscono lo stato più orribilmente doloroso. Se in questo momento si esamina l'ano, si vedono le emorroidi turgide, tese, considerevolmente aumentate di volume; le emorroidi esterne stesse sono, se esistono, contemporaneamente turgide, e la pelle dell'ano è lucente, tesa, rossastra. Dapprima non vi ha febbre, ma bentosto essa compare, e può anche diventare elevatissima; la lingua è suburrale, ed accade non di rado di osservare delle nausee e dei vomiti. La defecazione è impossibile, il ventre si gonfia; si è potuto credere qualche volta all'esistenza d'una peritonite, e si è vista sopravvenire la morte. Questo è un esito eccezionale; più ordinariamente l'esito è per *risoluzione*, per *suppurazione*, per *indurimento* o per *gangrena*.

La risoluzione è favorita dal riposo a letto, dalle applicazioni fredde, da una compressione metodica, ed anche dall'emorragia; allora il malato ottiene la guarigione, e la crisi finisce così, ma può riprodursi.

L'infiammazione, come abbiamo visto, accompagna sempre la congestione nella turgescenza delle emorroidi. Ora, quest'infiammazione può prendere un grande sviluppo, e si ha la *flebite emorroidaria* suppurata, con suppurazione del tessuto cellulare circonvicino; possono risultarne ascessi con o senza fistola consecutiva; talvolta, dopo la suppurazione, le emorroidi scomparvero. Questa suppurazione può dunque provocare la guarigione, ma può anche essere l'origine di gravi fatti: risipola, infezione purulenta, pioemia; senza raggiungere questa gravità, può agevolmente provocare degli *ascessi del fegato*, alla cui patogenesi è facile tener dietro.

Succede raramente che l'infiammazione, in luogo di condurre alla suppurazione, passi allo stato cronico e determini l'indurimento d'una o più emorroidi che, cacciate all'esterno dalla defecazione, si presentano sotto l'aspetto di piccoli polipi che è facilissimo sezionare.

Lo strozzamento può infine provocare lo *sfacelo*. Si vedono allora alla superficie dei piccoli tumori procidenti comparire delle macchie nerastre che non sono altro che *escare*. Queste si distaccano, la emorroide si svuota, si riduce e forma una piccola piaga che si cicatrizza provocando la guarigione dell'emorroide procidente. Questa guarigione può essere totale, se non vi è che una emorroide, non è che parziale se ne esistono altre. Si comprende come in presenza d'un simile risultato, la gangrena abbia potuto essere considerata come un fenomeno favorevole. Gli è che qui non si tratta che di gangrene parziali; ora, lo sfacelo può essere totale ed allora sono da temere i più gravi fatti d'infezione, e può sopravvenire la morte. Asthon e Boyer avevano già insistito su questa gravità. Se il malato sfugge ai primi pericoli, la vasta ulcerazione che risulta da questa estesa gangrena potrà per cicatrizzazione provocare un restringimento cicatriziale.

In riassunto le emorroidi interne, non procidenti, sono soventi inoffensive e non offrono pericolo se non pel fatto dell'emorragia; è vero che questa in qualche caso provoca un'anemia estrema che può, quando si fece lentamente, quando risulta piuttosto dalla ripetizione che dall'abbondanza delle perdite, divenire irrimediabile, anche coll'intervento.

Ma sopra tutto la procidenza è la sorgente di complicazioni nel corso delle emorroidi interne; complicazioni che risultano dalla congestione, dalla turgescenza e dallo strozzamento.

Pronostico. — Esso è variabile secondo che si tratta di emorroidi esterne o di emorroidi interne; è variabile anche in ciascuna di queste due varietà. Bisogna inoltre distinguere le emorroidi *idiopatiche* e le *emorroidi sintomatiche*. Il pronostico di queste scompare davanti all'importanza della lesione causale; d'altronde, in tal caso, esse non aggravano molto la gravità di quest'ultima.

Le emorroidi esterne idiopatiche sono poco gravi, anche quando diventano turgide ed anche quando suppurano. Noi abbiamo visto che in tal caso, vi ha poco pericolo di penetrazione del pus nel torrente circolatorio. Esse possono provocare delle fistole, delle ragadi, ma queste sono in definitiva accidenti poco gravi.

Quanto alle emorroidi interne, il loro pronostico può diventare molto serio, contrariamente all'opinione degli antichi che le consideravano come uno sfogo utile alla salute, un male benefico. Senza dubbio, il flusso emorroidario produce nei pletorici un sollievo, e contemporaneamente permette loro di sfuggire ad accidenti più gravi, ma sarebbe preferibile che non ci fossero nè pletorici, nè emorroidarii. Le emorroidi, quando non sopravvengono delle complicazioni, quando sono facilmente riducibili con uno sfintere capace di contenerle, permettono l'esistenza, ma lo strozzamento, la flebite, le complicazioni locali, epatiche e generali, possono disturbare profondamente la salute ed anche causare la morte.

Diagnosi. — È facile riconoscere un'emorroide esterna turgida od anche floscia; i caratteri che abbiamo indicati non permettono alcuna confusione. L'emorroide indurata può simulare una *vegetazione,* un *condiloma*. Ma, senza tener conto dell'anamnesi, che può tuttavia essere molto esplicita, si può fare la distinzione. Le vegetazioni sono multiple, piccole, e con un aspetto granito che non si osserva

nella emorroide indurita. Il condiloma rassomiglia loro di più, ma è ben più raro delle emorroidi; inoltre, esso ha una forma particolare, ed è quasi sempre consecutivo all'ulcera sifilitica anale. Il cancro epiteliale colle sue vegetazioni sanguinanti, colle sue secrezioni saniose, coll'odore speciale, col rapido decorso, si potrà facilmente distinguere. Il retto in prolasso forma un tumore roseo, liscio o con solcature traversali in forma di cercine circolare.

Quanto alle emorroidi interne, in alcuni casi se ne potrà fare la diagnosi più per mezzo dell'anamnesi e dei fenomeni funzionali che coll'esplorazione rettale. Tuttavia l'esplorazione potrà far riconoscere un tumore peduncolato e bisognerà ricercare se non si tratta d'un *polipo.* Ma i piccoli polipi non esistono che nel fanciullo, sono assai nettamente peduncolati, mentre l'emorroide anche se peduncolata ha una base abbastanza larga, e vi si sentono qualche volta dei battiti arteriosi.

Quanto al sapere, in presenza di un'emorroide, se sia interna od esterna, è cosa facile; basta un esame diretto, fatto dispiegando i tegumenti dell'ano, mentre che si invita il malato a spingere.

La diagnosi non deve fermarsi a queste constatazioni, deve ancora ricercare la causa delle emorroidi, perchè è là che si troveranno talvolta le indicazioni terapeutiche, e da questo punto di vista non sapremmo mai abbastanza ricordare l'importanza dell'esplorazione rettale, sulla quale abbiamo già tante volte insistito. Non solamente è utile, ma è indispensabile praticarla ogni qual volta vi sono dei disturbi che attirano l'attenzione da questo lato. Trélat vi ritornava sovente nelle sue lezioni, e non mancava mai di citare numerosi fatti in cui non si era conosciuto un restringimento e sopra tutto un cancro del retto per aver trascurato questo precetto. Affatto recentemente ancora, mi era inviato un malato all'ospedale per subire una dilatazione richiesta, dicevasi, da una fessura emorroidaria. Vi erano infatti, in quest'individuo, che non aveva che ventidue anni, delle emorroidi esterne, e qualche ragade, ma l'esplorazione rettale permise agevolmente di riconoscere un cancro già assai esteso dell'ampolla rettale.

Infine, se si tratta di emorroidi procidenti, si dovrà ricercare a quale varietà di procidenza appartengano, quale sia lo stato dello sfintere, e se non vi siano complicazioni.

Cura. — Essa varia secondo che si tratta di emorroidi *esterne* o di emorroidi *interne.*

Bisogna curare le emorroidi esterne? No, dicono tutti gli autori che hanno scritto sulla questione: no, diceva nel suo corso alla Facoltà, or sono tre anni, il professore Guyon, salvo il caso di complicazioni: turgescenze, ragadi, ecc. Ciò del resto è la ripetizione del precetto di Gosselin: Non fare niente contro le emorroidi molli, flaccide, indolenti; fare qualche applicazione fredda contro le emorroidi leggermente turgescenti, ma poco o punto dolorose. D'altronde questa condotta è ben facile da tenere; il malato non domanda mai, o affatto eccezionalmente la assistenza del medico in tal caso, e se anche gli si trovassero per caso delle emorroidi flaccide o non dolorose, si rifiuterebbe ad una cura che, per lo meno, gli sembra inutile.

Non è dunque che in caso di turgescenza, di dolore, di fenomeni infiammatori che sarà d'uopo istituire una cura. Io credo tuttavia che sarebbe vantaggioso pel malato allontanare l'epoca di questi accidenti, prendendo alcune precauzioni *preventive.* Sovente la mancanza di pulizia locale, le sregolatezze del regime, la costipazione sono occasione di questi accidenti ; bisognerà dunque avvisarne il malato e raccomandargli di attenersi ad un'igiene conveniente.

Quando scoppia l'attacco delle emorroidi, esso è *leggiero,* poco doloroso, od *intenso* e dolorosissimo.

Se è leggiero, basterà mettere il malato a riposo, con un regime alimentare emolliente, con l'uso di qualche lassativo; localmente si applicheranno le pomate di belladonna, le applicazioni *fredde* sopra tutto ed antisettiche. Gli antichi prescrivevano le sanguisughe, e Gosselin ne consiglia ancora l'uso. Esse devono essere proscritte: sovente sono inefficaci, e creano delle ferite che aprono una porta alla infezione ed all'infiammazione.

Questi mezzi basteranno a far cessare l'attacco leggiero. Essi potranno essere adottati alcuni giorni nell'attacco intenso, dolorosissimo, ma saranno insufficienti, e si dovrà istituire la cura cui, in tal caso, è preferibile ricorrere subito, la *cura chirurgica.* Questa cura presenta diversi processi. Lasciando da parte la *puntura,* processo inoffensivo se impiegato antisetticamente, ma inefficace, ci resta l'*incisione,* l'*escisione* e la *cauterizzazione.*

L'incisione è un semplice sbrigliamento col bistori della raccolta emorroidaria. Quest'incisione è poco o punto dolorosa, e se si ha cura di circondarla delle precauzioni antisettiche comuni in tutte le operazioni chirurgiche, essa è seguita da una cicatrizzazione rapida. L'emorragia, grazie alle disposizioni anatomiche che abbiamo enumerate più sopra, è minima, così poco importante che Ashton ne conchiudeva che le emorroidi non sono di natura venosa. Curling aveva già dimostrato che il pericolo dell'emorragia è illusorio. L'incisione è dunque un buon processo ed è molto in onore presso i nostri vicini di oltre Manica. Presso noi è poco usata. Essa è per altro inefficace, quando essendo le emorroidi multiple, abbondanti, vi è un vero cercine emorroidario. Essa diventa, ben inteso, presso noi come altrove, il metodo di elezione quando la suppurazione si manifesta; l'origine di quest'ascesso non toglie che lo si debba, come qualunque ascesso caldo, trattare col bistori.

La escisione non era guari impiegata un tempo che contro le emorroidi flaccide. Oggigiorno, grazie all'uso del cloroformio, non vi ha in questo processo che una precauzione da prendere, quella di conservare degli interstizi di pelle sana tra ciascuna superficie sanguinante, affine di evitare un restringimento ulteriore. Per questo si ha cura di non levare che alcune emorroidi o delle porzioni isolate del cercine emorroidale. Questa è una raccomandazione che aveva già fatta J.-L. Petit. Levata l'emorroide, si ha qualche volta una piccola emorragia: è facile arrestarla senza ricorrere alle suture consigliate da Velpeau, sia comprimendo colla medicazione, sia mediante una cauterizzazione col ferro rovente. La escisione è un buonissimo processo che produce un rapido risultato; essa è tuttavia generalmente poco usata presso di noi, ove si preferisce la *cauterizzazione.*

La cauterizzazione è il più vecchio metodo di cura delle emorroidi esterne; è quello che usava Ippocrate nei casi, rari senza dubbio, in cui credeva di dover intervenire. La si fa coi *caustici* o col *fuoco*. La cauterizzazione ignea è la più vecchia per ordine di data; essa si faceva un tempo col cauterio attuale, si fa oggigiorno col termo-cauterio. I caustici sono d'un uso più recente, e vi ricorrono specialmente gli Inglesi. Amussat si serviva del *caustico di Filhos*, le pinzette caustiche di Valette servivano pel *cloruro di zinco*, Gosselin impiegava l'*acido nitrico monoidrato*.

Questo agente è quello ancora adoperato dagli Inglesi. Il ferro è d'un uso più facile e più sicuro, ed è anche meno doloroso. Allorchè lo si adopera, non vi è bisogno assoluto, secondo l'esempio di Smith, d'isolare il tumore coll'aiuto di un clamp cattivo conduttore.

La cauterizzazione conviene a tutte le emorroidi esterne, ma conviene più particolarmente alle emorroidi sviluppate nell'ano, a quelle che si sono chiamate *venose;* allora è più vantaggiosa della escisione.

La cura *profilattica* colle attenzioni igieniche locali, col regime alimentare severo, coll'abolizione di tutti gli eccitanti e di tutte le bevande alcooliche, è maggiormente indicata quando vi sono emorroidi interne che non quando vi sono emorroidi esterne.

Egli è allora che bisogna lottare contro la costipazione, la dispepsia flatulenta, che bisogna evitare la vita sedentaria e principalmente i pasti troppo abbondanti e gli eccessi nel pasto.

All'infuori di queste precauzioni igieniche, che bisogna fare per le emorroidi interne? Abbiamo visto che il flusso emorroidale provocava un sollievo locale e generale nei pletorici. Vale a dire che in tal caso non bisogna fare tentativo alcuno per farle cessare. Io non intendo dire per ciò che occorra trattenerle, provocarle anche, come pensavano i seguaci di Stahl. Il flusso emorroidario invita, in tal caso, ad istituire una cura, ma se per sè stesso non provoca disturbi, è necessario agire contro la pletora causale, col regime e coi mezzi opportuni. All'infuori di queste condizioni, bisogna curare le emorroidi interne. Vi è per ciò una cura *medica* e una *chirurgica*. La cura *medica* consiste nella defecazione effettuata alla sera e nel riposo che segue immediatamente all'evacuazione, nell'uso di clisteri freddi o di applicazioni locali di compresse d'acqua ghiacciata, od anche di pezzi di ghiaccio, nell'introduzione di supposte calmanti, all'oppio, alla belladonna. Questi agenti calmanti possono anche essere prescritti in pomata per essere applicati ogni sera sotto forma d'unzioni. Si prescrivono pure gli astringenti: allume, catecù, ratania, tannino, ecc. Gli Inglesi adoperano volentieri il *persolfito di ferro*. Tutti questi astringenti hanno l'inconveniente di essere molto dolorosi. Infine, se vi sono ulcerazioni, si farà una medicazione antisettica locale.

Queste diverse prescrizioni potranno avere un buon effetto ma soltanto dal punto di vista *palliativo;* esse non potranno impedire che la *procidenza* si produce in un dato momento. Allorchè la procidenza si è prodotta, che si deve fare? Qui bisogna distinguere tre casi, secondochè non vi è *infiammazione* e la procidenza è *facilmente* o *difficilmente* riducibile, oppure vi è *infiammazione*. Se vi è infiammazione, bisogna innanzi tutto, coi mezzi adatti, ottenerne la risoluzione; ciò fatto, noi ci troviamo nelle due condizioni, di riduzione facile, o di riduzione difficile.

La riduzione è facile: il malato allora non domanda alcuna assistenza medica; subito dopo la defecazione, esercita una dolce pressione, e fa rientrare le sue emorroidi; se prova un po' di difficoltà, si corica, si riposa un poco, quindi colla stessa pressione ottiene la riduzione.

Ma può darsi che, malgrado le varie prove, talvolta bizzarre, egli non abbia potuto far rientrare le sue emorroidi; allora ricorre al medico. Questi immediatamente o dopo l'applicazione momentanea di compresse ghiacciate, e senza puntura preliminare con un ago, secondo il metodo di Curling, pratica la *taxis emorroidaria*, di cui non abbiamo da dare le regole e che consiste nel far scivolare la emorroide sopra il dito introdotto nel retto.

Ridotte dal malato od in seguito alla *taxis* praticata da un medico, le emorroidi possono uscire nuovamente, infiammarsi, strozzarsi, gangrenarsi se il loro passaggio provoca la contrattura dello sfintere; se lo sfintere è rilassato, la procidenza può riprodursi immediatamente e diventare definitiva. La riduzione manuale non può evitare questi pericoli; è un processo semplicemente palliativo.

Soltanto l'intervento chirurgico potrà mettere al riparo da queste complicazioni, soltanto esso agisce in maniera *curativa*, non perchè arrivi a sopprimere per sempre le emorroidi, poichè non può guarire lo *stato emorroidario*, ma perchè può far scomparire i tumori esistenti. Questa distruzione è stata fatta con numerosi metodi di cui gli uni si indirizzano al contenuto dell'emorroide, gli altri alle sue pareti. Di questi metodi, gli uni sono semplici, gli altri sono complessi; fu loro rimproverato di aver determinato degli accidenti gravi, anche mortali. Ma basta esaminare da vicino questi rimproveri, per assicurarsi che questi fatti sono tutti di natura settica; per conseguenza è facile evitarli e così rispondere vittoriosamente ai rimproveri diretti alla cura distruttiva. Noi esamineremo questi metodi.

1° La *escisione* è un vecchio metodo, come abbiamo già detto. Esso è semplice e consiste nell'afferrare l'emorroide procidente con una pinzetta e nel sezionarla alla base colle forbici. Si lascia che in seguito si faccia la cicatrizzazione e la guarigione è ottenuta. Questo metodo è stato un tempo molto seguito, particolarmente da A. Cooper, poi da Dupuytren e da Boyer. Esso ha due inconvenienti: il primo è quello di esporre alla *flebite* ed alle sue gravi complicazioni. È questo un pericolo contro il quale l'antisepsi mette incompletamente al coperto, per le stesse condizioni dell'ambiente; in secondo luogo espone ad un'*emorragia* che può essere seria, data la vascolarizzazione eccessiva del retto in questi casi patologici.

Per rimediare al pericolo della emorragia, si è cercato di far uso del *serranodi di Maisonneuve*, e Chassaignac ha applicato alle emorroidi lo *schiacciamento lineare*. Per ciò egli trae fuori, con una specie di ombrello ad uncino, il pacco emorroidario, poi lo seziona. Procedendo collo schiacciatore lineare o col serranodi, non si è al riparo dalla flebite, nè dall'emorragia; inoltre l'uso dello schiacciatore porta a togliere larghe superficie di mucosa ed espone al restringimento cicatriziale consecutivo. Questi due processi dunque non migliorano guari il metodo. Il processo di Esmarch, che consiste nel legare il peduncolo con catgut e nello escidere colle forbici in fuori di questa legatura, è più vantaggioso. Nondimeno

la escisione è quasi completamente abbandonata. Cooper, Syme e Busch dopo essersene dichiarati risoluti partigiani, la condannano appoggiandosi ai risultati deplorevoli ed anche mortali ch'essa ha loro dati in molti casi.

2º La *legatura* è egualmente un metodo molto antico, e se noi ci riferiamo ai commentatori di Ippocrate, essa era stata usata dal padre della medicina; si dice persino che egli si servisse di un filo di lana (D. Mollière). È sopra tutto J.-L. Petit che, in una Memoria importante, la fece conoscere; ma non la raccomanda, anzi dichiara che essa determina degli accidenti analoghi a quelli dello strozzamento erniario, ed egli avrebbe anche avuto un morto. Gosselin proscrive ugualmente questo metodo che, condannato in Francia, è rimasto molto in favore in Inghilterra. Secondo Curling, è il metodo più sicuro; Holmes e Fergusson gli fanno coro, e secondo Allingham sopra 3210 operazioni, non vi ebbe alcun caso di pioemia. Inoltre egli divide questa cifra in due gruppi. Un primo gruppo di 1760 legature dà 5 volte il tetano, ma questi 5 casi sono succeduti nello stesso anno (1858), ed in due mesi consecutivi: non sono evidentemente imputabili alla legatura in particolare. Del resto un secondo gruppo di 1450 legature, fatte più tardi nello stesso ospedale, non ha dato nè un caso di pioemia, nè un caso di tetano. Dichiara quindi la legatura il mezzo più spedito, più innocente, meno doloroso. E nonpertanto gli autori più degni di fede hanno citato degli accidenti gravi. Secondo Ashton, ciò proverrebbe dal fatto che questi autori hanno applicata la legatura ad ammalati in cui le emorroidi erano sintomatiche, e la cui lesione primitiva aveva gravemente alterato lo stato generale. Inoltre, egli fa notare che la legatura poco stretta, progressiva, espone a fenomeni di strozzamento, perchè provoca la turgescenza, a fatti infiammatorii ed infine all'emorragia stessa; quindi consiglia la legatura serrata al massimo d'un colpo, che arresta la circolazione e sopprime i dolori interrompendo la continuità nervosa. Infine, gli Inglesi fanno sovente la legatura in due peduncoli; perciò fanno passare attraverso alla base del tumore un doppio filo di cui serrano in seguito ciascuno dei capi. Alcuni incidono anche dapprima la mucosa, per mettere a nudo il pacco emorroidario prima di legarlo. Questa pratica ha piuttosto degli inconvenienti, essa è almeno inutile. Insomma, la legatura è un processo capace di dare degli eccellenti risultati, tuttavia è poco diffusa presso di noi. D. Mollière se ne dichiara partigiano, Trélat le preferisce la *dilatazione*.

3º La *cauterizzazione* è un metodo che fu impiegato con diversi processi, sia col *ferro al calor rosso*, sia coll'aiuto di *caustici*. Ippocrate adoperava il primo, e lo portava in un punto nettamente limitato introducendolo attraverso un pezzo di canna. Questa pratica si protrasse lungamente attraverso i tempi, e la sola modificazione introdottavi sino a questi ultimi secoli è stata quella di sostituire al pezzo di canna una specie di *speculum* finestrato. È con questo processo che Lobstein guarì Meckel nel 1784. Tuttavia, tutti questi operatori si valevano del ferro rovente piuttosto come emostatico che come mezzo distruttivo, e Dupuytren se ne serviva per cauterizzare la superficie sanguinante dopo la escisione della emorroide procidente.

Bégin e poi Boyer pei primi istituirono il processo allo scopo di ottenere d'un colpo la distruzione dell'emorroide; ma essi applicavano il ferro rosso un po' senza

circospezione, senza proteggere le parti circonvicine, bruciavano tutto il contorno dell'ano, ed ottenevano la guarigione dell'emorroide senza dubbio, ma anche la produzione ulteriore d'un restringimento cicatriziale; quindi si abbandonò il ferro rovente in vista della immediata totale distruzione conservandolo come mezzo di cauterizzazione superficiale capace di provocare la coagulazione del sangue ed una flebite obliterante. L'usava Demarquay, e tuttavia così usato può per irradiamento produrre escare di superficie troppo larga e provocare un restringimento cicatriziale. Si era perciò cercato, or sono molti anni, di isolare le emorroidi coll'aiuto d'un clamp per cauterizzarle in seguito, evitando l'irradiazione. Robert Lee e Smith sopra tutto volgarizzarono questo processo del resto ben più antico di questi operatori. Secondo D. Mollière, i chirurghi di Lione praticano sovente la cauterizzazione ignea dopo avere strozzata l'emorroide in una pinzetta. Guersant aveva immaginata una specie di tenaglia che si portava al calor bianco e colla quale si afferrava in seguito l'emorroide. Da questo processo deriva quello immaginato dal professore Richet, e conosciuto sotto il nome che gli ha dato il suo autore, di *volatilizzazione delle emorroidi.* Il processo di Richet permette di distruggere *tutto* il pacco emorroidario e *niente* altro che il pacco emorroidario. Questo processo consiste nell'uso d'una pinzetta speciale abbastanza simile al ferro da stirare. Questa pinza è riscaldata al calor bianco, poi applicata sopra l'emorroide previamente attirata e mantenuta al difuori con un filo metallico che passa attraverso alla sua base. Dopo due o tre applicazioni fatte a distanza l'una dall'altra, tutto è scomparso; non resta che un leggiero peduncolo carbonizzato, ed il malato non soffre più; tutto questo si fa in pochi minuti. Il processo di Richet ha portato un reale progresso e costituisce col processo di Lee e Smith ciò che vi ha di meglio in fatto di cauterizzazione ignea. Per questi diversi processi occorre che l'emorroide esca. Bisogna dunque che essa sia procidente per sè stessa od artificialmente coll'aiuto d'un clistere, d'un pallone di Gariel, del parapioggia a uncino di Chassaignac, della pinza per polipi di Gosselin, del forcipe emorroidario degli Inglesi, ecc. Ora, grazie alla dilatazione che studieremo più sotto, si può praticare la cauterizzazione nel retto stesso; processo vantaggiosissimo nei casi in cui le emorroidi appena accennate provocano tuttavia delle gravi emorragie. Trélat è partigiano di questo metodo operatorio e ne dimostra gli eccellenti risultati (1).

Infine Calmeille, Lartisien e sopra tutto Verneuil hanno adoperato il calore in forma di *cauterizzazione interstiziale.* Questa *ignipuntura* è più efficace che la cauterizzazione superficiale di Demarquay per produrre il regresso dell'emorroide.

Quanto alla cauterizzazione *potenziale,* essa fu sovente usata da Jobert, da Amussat, da Desgranges (di Lione) e da molti altri. Amussat portava con una pinzetta scanalata della *potassa caustica* sulla base dell'emorroide. Jobert seguiva un processo analogo. È ciò che fu chiamato la *legatura caustica.* Si usò specialmente ed è rimasto in favore l'*acido nitrico monoidrato.* Proposto da Cusak, questo processo fu sopra tutto adottato dagli Inglesi, e presso di noi da Gosselin. Altri caustici, come il *cloruro di zinco,* il *nitrato acido di mercurio,* sono stati ugualmente proposti e preconizzati; essi hanno tutti l'inconveniente di essere

(1) *Clinique chirurgicale,* t. II, pag. 339.

soventi pericolosi, qualche volta incerti, sempre dolorosi. « La cauterizzazione col ferro al calor rosso, dice Trélat (p. 338) è, a mio avviso, molto preferibile alla cauterizzazione potenziale..... Il processo di Richet è buonissimo e lo strumento eccellente, a condizione che si tratti di emorroidi peduncolate o peduncolizzabili; si può ottenere lo stesso risultato col termo-cauterio. Andremo un po' meno in fretta senza dubbio, per distruggere le grosse emorroidi sporgenti, ma in compenso potremo colpire facilmente e con precisione dei gruppi di emorroidi, che, in ragione del loro piccolo volume e della loro debole sporgenza, si sottrarrebbero all'azione della pinzetta di Richet. Secondo la disposizione dei tumori varicosi da distruggere, agiremo col contatto prolungato, con punzioni o con sezioni lineari; ma avremo cura, per evitare un restringimento ulteriore, di non far arrivare la nostra cauterizzazione sul contorno dell'orificio anale, e lascieremo nell'interno del retto delle striscie intatte di mucosa ». Questo giudizio del sapiente professore della Charité ci dispensa da ogni commento sul valore della cauterizzazione e sul miglior modo d'impiegarla.

Lasciando da parte l'ablazione delle emorroidi per *torsione* e la loro modificazione per mezzo delle iniezioni interstiziali di sostanze irritanti, l'acido fenico in particolare (Americani), passo ad un metodo che, quantunque non agisca che indirettamente sulle emorroidi, dà degli eccellenti risultati. Intendo parlare della *dilatazione*, metodo sdegnato dagli Inglesi, ma molto in onore presso di noi. Maisonneuve pel primo seguì questo metodo contro le emorroidi, e nel 1877 Fontan ha consacrato a questo argomento un importante lavoro. Ma è sopra tutto Verneuil che lo ha volgarizzato e che ha sostituito alla dilatazione brutale colle dita, come la praticava Nélaton, la dilatazione lenta, progressiva, regolata, sotto il cloroformio. Verneuil usava lo *speculum* ordinario, ma questo strumento non offre abbastanza resistenza e Trélat, che è stato un partigiano dichiarato di questo metodo, ha fatto costruire da Collin uno *speculum* a dilatazione, che compie molto meglio quest'ufficio. Quello che ha immaginato Nicaise, gode degli stessi vantaggi di forza, ma le sue tre valvole sono, almeno una di esse, strettissime, ciò che può provocare delle lacerazioni. Questa dilatazione è dolorosissima, deve essere dunque fatta nella risoluzione cloroformica, non espone ad alcun pericolo reale, le emorroidi cessano subito dopo che la si è eseguita, si ha per alcuni giorni incontinenza delle materie fecali, gli accidenti locali scompaiono, e passano soventi molti anni prima che ricompaiano.

Paragonando la dilatazione agli altri metodi di cura, Trélat si esprime così: « Per la semplicità della tecnica operatoria, come per la benignità del decorso ulteriore, la dilatazione è infinitamente superiore alla cauterizzazione, all'exeresi collo schiacciatore, delle emorroidi. Come la dilatazione, la cauterizzazione ignea, e lo schiacciamento lineare, esige la somministrazione del cloroformio; ma, dopo queste due ultime operazioni, il dolore è più protratto, si richiedono cure locali più delicate e più complicate, la guarigione è molto più lenta. La cauterizzazione coll'acido nitrico fumante è dolorosissima, la legatura elastica non lo è meno. Di più, praticando un processo qualunque di cauterizzazione o di legatura non si può disconoscere che si espongono i malati a pericoli che le medicazioni antisettiche attuali non riescono sempre ad evitare. Infine, se queste operazioni distruggono le emorroidi, restano senza azione sulla contrattura dello sfintere e la lasciano

persistere con tutti i suoi inconvenienti. Questo breve parallelo è dunque a tutto vantaggio della dilatazione ». E più avanti il sapiente maestro riassume la sua pratica nel modo seguente: « Posso dire, fin d'ora, che la dilatazione, pel maggior numero di casi, e la cauterizzazione ignea per un piccolo numero, sono i due soli metodi che adotto presentemente, nella cura chirurgica delle emorroidi ». Questo piccolo numero di casi ai quali Trélat applica con ragione la cauterizzazione ignea sono quelli in cui vi ha rilassamento dello sfintere. Egli si serve ancora qui del suo *speculum* per dilatazione, per illuminare il retto e per proteggerlo contro l'irradiazione del termo-cauterio che porta direttamente nell'interno dell'intestino per praticarvi la cauterizzazione totale, l'ignipuntura o delle strie di fuoco secondo i casi. È infatti il solo processo da usare in simili casi; le *iniezioni interstiziali* di stricnina, di ergotina (Vidal de Cassis, Detourbe), l'*elettrizzazione* sono insufficienti se non assolutamente inefficaci, e sono incapaci a mettere un termine alle perdite di sangue. Cosicchè la cura delle emorroidi si riassume in questa formola semplice: cauterizzazione ignea totale o parziale, e dilatazione forzata, secondo i casi.

CAPITOLO IV.

MALATTIE DELL'ANO

Poche affezioni colpiscono l'ano ad esclusione del retto; la maggior parte sono comuni a queste due porzioni del tubo digerente. Così nel capitolo precedente abbiamo descritto delle malattie che colpiscono contemporaneamente l'ano ed il retto, come il cancro, le emorroidi, ecc.: in questo si troveranno pure descritte alcune affezioni che, come le *fistole*, appartengono sovente al retto, quantunque, per definizione almeno, rientrino nel gruppo delle malattie dell'ano. Studieremo successivamente: le *ulcerazioni*, le *vegetazioni* ed i *condilomi*, gli *ascessi*, le *fistole*, la *ragade*, infine i *vizi di conformazione* dell'ano e del retto.

I.

ULCERAZIONI

FOURNIER, Leçons sur la syphilis. — D. MOLLIÈRE, Maladies de l'anus et du rectum. — A. MOURRET, Tuberculose ano-rectale. Tesi di Parigi, 1887. — PÉAN et MALASSEZ, Traité sur les ulcérations anales; Parigi 1871. — PRIMET, Tesi di Parigi, 1880. — SPILLMANN, Tesi d'aggregazione; Parigi 1878. — E. VIDAL, *Dictionnaire encyclopédique.*

Le *ulcerazioni* anali sono numerose e frequenti; possono essere insignificanti od importanti, *semplici* o *diatesiche*. Sotto un altro punto di vista, possono essere *primitive* o *secondarie*. Parlando di queste ultime, abbiamo visto quelle ulcerazioni

a decorso rapido, con tendenza gangrenosa, che si osservano nel decorso o sul declinare delle malattie infettive gravi, come la febbre tifoidea, la difterica, la febbre puerperale, la pioemia, le febbri eruttive gravi, ecc. Lascieremo da parte queste ulcerazioni che il chirurgo ha raramente occasione di osservare, per occuparci principalmente delle ulcerazioni *primitive*.

Le ulcerazioni anali possono nascere e svolgersi in sito, oppure nascere nel retto ed estendersi all'ano, od ancora apparire all'ano e guadagnare il retto.

Dal punto di vista della *forma* dell'ulcerazione, vi è una varietà quasi speciale all'ano e dovuta alla presenza delle piegature raggiate; è l'*ulcerazione a fessura* vale a dire in forma di screpolatura che sta al fondo d'una ripiegatura della pelle. La fessura non è un'entità; è una forma; essa può essere tale fin da principio o succedere all'eczema dell'ano, ad un eritema qualunque, a placche mucose. Non è raro vedere un'ulcerazione ordinaria dapprima piana diventare screpolata presso alla sua guarigione; è ciò che succede talvolta anche per il cancro. I Francesi riservano il nome di *ragadi* alle ulcerazioni screpolate che succedono ad ulcerazioni veneree o sifilitiche. [Noi come pure i Tedeschi, non facciamo tale restrizione, fedeli al significato volgare di ῥαγάς, crepatura].

Tutte le infiammazioni dell'ano e del retto, tutti i traumatismi, per bolo fecale, per corpo estraneo, per pederastia, possono farle nascere. Gli scoli rettali, la diarrea, le emorroidi le provocano pure con un processo differente.

Queste screpolature sono più o meno estese, ma non sorpassano i limiti del canale anale; più o meno profonde, raramente vanno fino allo sfintere; comunemente sono superficiali. Qualche volta indolenti, soventi dolorose; infine qualche volta dànno luogo a quel complesso sintomatico che studieremo più avanti sotto la denominazione di *fessura dell'ano*. Citiamo infine un ultimo carattere di queste ulcerazioni screpolate; cioè la loro evoluzione lentissima e la loro poca tendenza alla guarigione spontanea. Così, se è facile riconoscerle al loro aspetto caratteristico, è più difficile guarirle; e bisognerà a questo scopo ricercarne con cura l'origine affine di applicar loro una terapia adatta. In ogni caso conviene mantenere la massima pulizia locale, e la dilatazione forzata, sotto il cloroformio, crea la condizione più favorevole alla loro rapida guarigione.

Le *ulcerazioni follicolari* (Rokitansky) del bambino affetto da diarrea persistente, le *ulcerazioni della dissenteria*, sono speciali al retto e sono d'ordine medico. Esse non interessano il chirurgo che per qualcuna delle loro complicazioni: gli *ascessi del fegato* ed il *restringimento cicatriziale* del retto. Così non ci fermeremo sulla *chronic ulcer* degli Inglesi, la cui natura d'altronde non è ancora completamente dilucidata e che sembra comprendere degli esempi di restringimento sifilitico e corrispondere in altri casi alla dissenteria o ad un'affezione locale *sui generis*, analoga all'ulcera dello stomaco e del duodeno.

Fra le *ulcerazioni semplici* dell'ano, collocheremo ancora le *ulcerazioni erpetiche*. Esse sono sopra tutto frequenti nella donna ed accompagnano ordinariamente l'erpete vulvare. Bene studiato da Legendre nel 1858, l'erpete anale non presenta niente di particolare; alla vescicola dapprima trasparente, succede una vescicola torbida, poi un'ulcerazione gialla al centro, rosea alla periferia. Qualche volta le ulcerazioni sono più vaste, succedono allora a vescicole confluenti, ma

conservano sempre l'aspetto policiclico. Queste ulcerazioni dànno luogo sovente all'ingorgo del gruppo supero-esterno delle ghiandole inguinali superficiali; eccezionalmente queste ghiandole passano a suppurazione. La pulizia degli organi genitali esterni è il miglior mezzo preventivo dell'erpete anale; le lavature emollienti ed asettiche portano prontamente a guarigione.

Le *ulcerazioni diatesiche* comprendono le ulcerazioni *veneree* e *sifilitiche*, *tubercolari* e *neoplasiche*. Queste ultime devono essere eliminate; non sono, propriamente parlando, ulcerazioni, ma *neoplasmi ulcerati*, ciò che è ben diverso; quindi le eliminiamo dalla nostra descrizione.

L'*ulcera semplice* si osserva abbastanza spesso all'ano sopra tutto nella donna; secondo Ricord, la sua frequenza è nell'uomo del 3 $^0/_0$, e nella donna del 14 $^0/_0$. Questa frequenza più grande nel sesso femminile si spiega e pel contatto più diretto dell'ano cogli organi maschili e per la vicinanza della vagina i cui scoli bagnano immediatamente la regione anale. Nel parallelo tra le manifestazioni veneree, l'ulcera semplice sarebbe pure più frequente che la *blenorragia* ano-rettale.

La sua *sede* primitiva è abitualmente una plica raggiata, più spesso dal lato del perineo che da quello del coccige. Qualche volta unico, è più spesso *multiplo* ed assume allora la disposizione *a corona*, come si osserva alla faccia interna del prepuzio, alla base del ghiande. Nella donna, lo scolo vulvo-vaginale concomitante provoca un eritema intergluteo che favorisce l'auto-inoculazione sulle natiche e sulla faccia interna delle coscie. Talvolta queste ulceri hanno l'aspetto abituale dell'ulcera venerea, talvolta rassomigliano ad ulcerazioni semplici od erpetiche. Gosselin, colpito da questo aspetto clinico, le chiama *ulceri erpetiformi dell'ano*. La loro natura venerea, qualunque ne sia l'aspetto, si può mettere facilmente in evidenza grazie all'inoculazione per mezzo del grattamento.

Nei casi tipici, l'ulcera venerea dell'ano costituisce un'ulcerazione profonda, a margini tagliati a picco, abbondantemente suppurante, ed esalante un odore acre tutto speciale. Come l'ulcerazione della fessura, ha sede al fondo d'una plica raggiata; ma la fessura è *superficiale* e l'ulcera è *profondamente scavata*. Questa ulcera sviluppata in una plica raggiata si chiama ulcera crateriforme; noi abbiamo già detto che può cicatrizzandosi dar luogo ad un'ulcerazione fessurale, e può anche essere l'origine della *fessura anale*. Può l'ulcera venerea penetrare nel retto? È una questione ancora controversa. Desprès è d'avviso che l'ulcera rettale esista; egli ne riferisce 6 casi; secondo lui, sarebbe anche soventi *fagedenica*.

Abbiamo visto la parte che questo autore fa sostenere all'ulcera nella patogenesi del sifiloma ano-rettale. Ma quest'opinione non è generalmente ammessa, e recentemente ancora Rollet (di Lione) sostenne l'opinione che l'ulcera venerea non si sviluppi nel retto.

L'ulcera anale è suscettibile delle stesse complicazioni di quella degli organi genitali; vale a dire che può complicarsi coll'adenite inguinale esterna suppurata, ed anche coll'adenite specifica, se il bubbone è secondariamente inoculato (Strauss).

L'ulcera anale guarisce facilmente sopra tutto quando, risultando da un'autoinoculazione, ha sede al perineo, alle natiche, alle coscie; l'ulcera crateriforme è più tenace e diventa facilmente causa di fessura; del resto non presenta una prognosi più severa della comune ulcera venerea.

Abbiamo visto che l'abbondanza della secrezione, il suo odore acre, la profondità dell'ulcerazione differenziano l'ulcera venerea dall'ulcerazione fessurale; le ulcerazioni erpetiche sono precedute da vescicole, sono accompagnate da dolori nevralgici e sono sempre superficiali e policicliche.

Le *lesioni sifilitiche* dell'ano, ulcerate, possono essere *primitive, secondarie* o *terziarie.*

L'ulcera sifilitica è più rara della venerea; rappresenta l'1 per 100 nell'uomo ed il 4 per 100 nella donna della totalità delle ulceri osservate nei due sessi. Questa minore frequenza è dovuta a ciò che per l'ulcera sifilitica l'auto-inoculazione non può più intervenire; è necessaria l'inoculazione diretta. Cosicchè il coito anale involontario o la sodomia sono la causa ordinaria dell'ulcera infettante dell'ano, e la si osserva sopra tutto nelle prostitute (Martin a Saint-Lazare, Carrier all'Antiquaille di Lione).

Essa è ordinariamente unica. Talvolta affatto piccola, essa è nascosta in un solco raggiato dell'ano, riposa sopra una piccolissima base indurita difficile ad osservare; talvolta, al contrario, forma una larga ulcerazione di 2 a 3 centimetri di diametro, e riposa sopra una larga base indurita che solleva l'ulcera al punto da farla qualche volta rassomigliare ad un tumore sessile ed ulcerato. Ben presto si osserva l'ingorgo ghiandolare, multiplo ed indolente, caratteristico.

Si osserva nel retto l'ulcera sifilitica? Ricord dichiara di averne visto un caso in una donna. Secondo Mollière, questo è probabilmente il solo caso che sia stato osservato, dato però che si trattasse veramente d'un'ulcera infettante. L'ulcera sifilitica dell'ano è, secondo Rollet (di Lione), suscettibile d'un'auto-inoculazione venerea; costituirebbe allora un'ulcera mista, suscettibile di estendersi per *fagedenismo.* Si è molto abusato di questa possibilità del fagedenismo per ispiegare il restringimento del retto; malgrado l'autorità di Gosselin, l'influenza diretta dell' ulcera sulla produzione del sifiloma ano-rettale non è più guari ammessa, anche invocando la rettite concomitante, che Gosselin avrebbe osservato 10 volte sopra 16 casi.

L'ulcera sifilitica dell'ano non può essere confusa se non con quella venerea. Ma questa non ha base indurita, suppura abbondantemente, è il più delle volte multipla, suscettibile di auto-inoculazione, inoltre l'adenopatia è unilaterale ed unica, o se è multipla vi ha il predominio d'un ganglio della pleiade.

L'ulcera infettante dell'ano non presenta gravità speciale, e vi è applicabile la cura locale e generale di qualsiasi altra ulcera della stessa natura che risiede in un altro punto del corpo.

Le manifestazioni secondarie ulcerative dell'ano sono costituite dalle *placche mucose;* esse vi sono frequentissime, e questa regione ne è un luogo di vera predilezione; sono rotondeggianti, non hanno il carattere pseudo-ipertrofico che presentano sempre le placche mucose *cutanee;* sono ordinariamente multiple e simmetricamente disposte sopra l'una o l'altra faccia laterale della regione anale. Coincidono con altre placche mucose degli organi genitali ed appariscono sovente quando la roseola è in piena evoluzione sul tronco. Secernono abbastanza abbondantemente ed emanano un odore penetrante assolutamente caratteristico.

Si è fatto questione se potevano svilupparsi delle lesioni ulcerose sifilitiche secondarie nel retto. Ora, secondo D. Mollière, parrebbe certo che delle placche sifilitiche possano svilupparsi nell'ampolla rettale, e quest'autore ne avrebbe

osservato un esempio nettissimo; egli ammette tuttavia che questa lesione sia abbastanza rara. Egli si domanda se non sono da ascrivere alla sifilide secondaria quelle ulcerazioni estese, a margini tagliati a picco, tumefatte, circondate da una zona infiammatoria con nodosità, nelle quali gli Inglesi vedono il *chronic ulcer* di Allingham. Queste ulcerazioni sono dolorosissime all'esplorazione, dànno luogo a *diarrea,* ma ad una diarrea che non si produce che *al mattino;* una o due volte ogni mattina, il malato emette dei detriti nerastri, con mucosità semi-liquide, più o meno tinte di sangue. I fenomeni infiammatorii si estendono in profondità, raggiungono il peritoneo, il sacro, le fosse ischio-rettali. Si osservano degli ascessi, delle fistole, qualche volta dei fenomeni di restringimento. In un periodo più avanzato lo sfintere è distrutto, vi ha incontinenza e scolo di materie icorose, che ricorda quello del cancro e simula assolutamente questa grave affezione.

Questa malattia è di natura sifilitica? È permesso dubitarne, perchè la cura specifica è assolutamente inefficace contro di essa; per altra parte quando comincia ad essere nettamente caratterizzata è già al di sopra delle risorse della terapia e la morte ne è l'esito fatale.

Le *lesioni terziarie* sono rare. D. Mollière avrebbe visto una gomma ulcerata primitivamente sviluppata all'ano e che determinò un'infiammazione della fossa ischio-rettale. L'ammalata morì.

Le *sifilidi ulcerose* terziarie sono anche rarissime; se ne è persino contestata l'esistenza. Tuttavia se ne osservarono degli esempi innegabili; sono lesioni multiple che si spingono talvolta molto lontano alla superficie del crasso; talvolta sono piccole, poco profonde, in altri casi formano delle ulcerazioni profonde e veramente estese, suscettibili di produrre in seguito alla loro guarigione un restringimento cicatriziale. Il loro aspetto è variabile, giallastro, rosso vinoso, ecc.; le loro secrezioni sono abbondanti, saniose, talvolta striate di sangue.

In alcuni casi queste sifilidi hanno potuto prendere il carattere di ulcerazioni fessurali.

Insomma, si tratta di lesioni poco frequenti, sovente abbastanza difficili a diagnosticare per sè stesse, ma diagnosticabili per l'esistenza di altre manifestazioni più evidenti della sifilide. A tutte queste lesioni si adatta la cura specifica.

Le *ulcerazioni tubercolari* costituiscono un capitolo importante delle malattie dell'ano, ed un capitolo interessante della tubercolosi in generale. La storia della tubercolosi ano-rettale non risale ad un'epoca molto lontana. Bordeu pel primo aveva notata la frequenza delle fistole anali nei tisici senza afferrare il rapporto che vi poteva essere tra queste lesioni e la tubercolosi. La prima affermazione chiara viene da Grisolle, che dichiara che « nella maggior parte dei casi l'ascesso e la fistola dell'ano sono consecutivi a qualche ulcerazione tubercolare della parte inferiore del retto ». Grisolle esagera evidentemente; noi ritroviamo questa esagerazione nella tesi di Deschamps (1883) che dichiara: « che una sola affezione predispone in maniera evidente all'ascesso all'ano: la tubercolosi ». La tubercolosi ano-rettale oggidì è assolutamente ammessa; i metodi d'analisi che possediamo attualmente (esame istologico, coltura, inoculazione) ne hanno messo l'esistenza fuori di contestazione, e non è quest'esistenza, ma i caratteri della tubercolosi ano-rettale che Mourret cercò di provare nel 1887.

Questa tubercolosi può essere secondaria alla tubercolosi polmonare, ma può essere anche primitiva, contrariamente a quanto credeva Louis, la cui legge è ora caduta.

La produzione tubercolare può svilupparsi primitivamente *nella pelle* o *sotto la pelle* od infine cominciare *nella mucosa*.

La *tubercolosi cutanea* ha un principio insidioso; si ha dapprima una piccola placca superficiale, leggermente sporgente, dolorosa alla pressione, un po' dura, disseminata di punti giallastri. Questa placca, rossa alla superficie, si rammollisce, si ulcera, lascia colare un pus caseoso, granuloso, poi l'*ulcerazione* tubercolare è formata; i margini sono induriti, il fondo giallastro. Quest'ulcerazione è sovente dolorosissima; col farsi più profonda provoca degli *ascessi* e delle *fistole*. Queste lesioni provocano degli *scollamenti* talvolta molto estesi nella regione glutea, o sotto la mucosa del retto.

La *tubercolosi sotto-cutanea* si mostra sotto l'aspetto clinico d'una gomma tubercolare, dapprima dura, poi rammollita; indolente da principio, diventa in seguito leggermente dolorosa; la pelle si assottiglia, si ulcera, si perfora, e se ne elimina una materia granulosa, lasciando un'ulcerazione anfrattuosa sviluppata in mezzo ad una zona assai largamente indurita; le dimensioni di quest'ulcerazione diminuiscono, ma essa a poco a poco si trasforma in una fistola persistente. La tubercolosi cutanea e sotto-cutanea, profonda o superficiale, può essere accompagnata da adenopatia inguinale. Quanto alla *tubercolosi mucosa ano-rettale*, può essere localizzata a questa porzione del tubo digestivo, o accompagnare una colite ulcerosa, o delle ulcerazioni tubercolari dell'intestino tenue. Spillmann ha messo nettamente in evidenza questa tubercolosi mucosa; l'esplorazione rettale e sopra tutto l'esame collo *speculum* permetteranno di riconoscere queste ulcerazioni e di rilevarne i caratteri. Tuttavia bisogna notare che queste ulcerazioni tubercolari dell'ano e del retto sono rare. Esse dànno luogo ai fenomeni funzionali della rettite. Possono complicarsi con ascessi perirettali e con fistole; tuttavia ascessi e fistole sono più sovente consecutivi alla tubercolosi delle fosse ischio-rettali, del tessuto cellulare dello spazio pelvi-rettale superiore o delle ossa del bacino. La cura generale della tubercolosi, localmente i topici allo jodoformio, la cauterizzazione ignea, la escisione se è praticabile (un caso di Duplay), costituiranno le principali indicazioni terapeutiche della tubercolosi ano-rettale.

Le *vegetazioni* anali sono sopra tutto frequenti nella donna, ed in seguito a scoli blenorragici o leucorroici prolungati ed abbondanti. Talvolta piccole, rare ed isolate, sono sovente abbondanti, multiple, e formano grosse masse a cavolfiore, che circondano completamente l'orificio anale. Esse hanno d'altronde tutti i caratteri delle vegetazioni vulvari o prepuziali e sono curabili allo stesso modo.

I *condilomi* meritano una descrizione un poco più lunga; succedono ordinariamente alle ulcerazioni sifilitiche dell'ano, per cui conviene, a nostro avviso, studiarli in seguito a queste. I condilomi sono costituiti da un'ipertrofia della pelle delle pliche raggiate dell'ano; al taglio ed all'esame microscopico, vi si trovano tutti gli elementi della pelle ed i soli elementi della pelle della regione.

Molti autori li riguardano come una manifestazione sifilitica; l'osservazione dimostra infatti che compaiono sovente colle ulceri infettanti e colle placche mu-

cose. Secondo Fournier, si osserverebbero pure sempre col sifiloma ano-rettale, ma questo è ancora molto meno frequente dell'ulcera sifilitica dell'ano, già per se stessa poco frequente.

Ma si può sempre considerare il condiloma quale una manifestazione sifilitica? È veramente, come hanno detto, un marchio della sifilide? In modo assoluto, no; perchè lo si può osservare assieme all'ulcera molle ed anche con ulcerazioni non sifilitiche e non veneree. Ciò però non è comune, di modo che, benchè sia ribelle assolutamente all'azione della cura antisifilitica, il condiloma deve risvegliare l'idea della sifilide.

I condilomi si presentano sotto l'aspetto di sporgenze ordinariamente sessili, talvolta uniche, più sovente *multiple*, ma sempre distinte. Questa sporgenza forma un tumore dapprima assai piccolo, poi più grosso, senza superare d'ordinario il volume d'una nocciuola, duro alla pressione ed indolente. Il suo rivestimento è cutaneo. La resistenza, la sessilità assoluta, la indolenza, il piccolo volume, permettono di distinguere il condiloma da una emorroide interna procidente, da una emorroide esterna turgida, anche da una emorroide flaccida. Ciò che abbiamo detto dell'eziologia del condiloma basta per ricordare che conviene, quando lo si constata, ricercare le stigmate d'una possibile sifilide, contro la quale si istituirà la cura specifica. Quanto al condiloma stesso, è senza pericolo e non provoca ordinariamente alcuna molestia; è d'altronde facile farlo scomparire mediante la semplice escisione.

II.

ASCESSI DEL MARGINE DELL'ANO

De Barrau de Muratel, De l'incision des abcès ano-rectaux. Tesi di Parigi, 1886. — Meloche, Des abcès de la région ano-rectale et de leur traitement. — Reclus, *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, 1888. — Trélat, *Clinique chirurgicale*, t. II.

Noi abbiamo descritti, a proposito del retto, gli ascessi peri-rettali (ascessi della fossa ischio-rettale, ascessi dello spazio pelvi-rettale superiore). Studieremo qui gli ascessi tutt'affatto superficiali.

Lascieremo da parte gli ascessi provenienti dalle vie genito-orinarie o da una lesione ossea della cintura pelvica, che vengono a manifestarsi nei pressi dell'ano. Non ce ne occuperemo che al momento della diagnosi, limitandoci per ora alla descrizione degli ascessi che si trovano in immediata vicinanza dell'ano.

Così considerati, gli ascessi del margine dell'ano, si riducono a due *varietà* secondo molti autori, cioè: l'*ascesso tuberoso* e l'*ascesso flemmonoso*. Bisogna aggiungervi, a nostro avviso, una terza varietà, l'*ascesso tubercolare*, che forse non è un vero ascesso, ma che provoca lo stesso fatto che l'ascesso flemmonoso, cioè la fistola anale.

Gli ascessi *tuberosi* o *sotto-dermici* sono dovuti all'infiammazione d'un apparato pilo-sebaceo; trattasi dunque d'una specie di foruncolo. Essi si presentano all'ano coi caratteri che si osservano negli ascessi tuberosi dell'ascella, vale a

dire di un piccolo tumore, dapprima duro, doloroso, situato sotto la pelle, poi molle, fluttuante e che guarisce rapidissimamente dopo l'evacuazione d'una piccola quantità di pus flemmonoso. Questi ascessi sollevano la pelle per una piccola estensione, sono sempre *sotto-sfinterici;* qualche volta non ve ne è che uno, ma frequentemente se ne presentano due o più consecutivamente. Le irritazioni locali, l'umidità persistente, l'acredine delle secrezioni della regione, la trascuratezza nella pulizia, sono le *cause* abituali dell'ascesso tuberoso. Tuttavia, secondo Reclus, esisterebbe un'altra causa, la *tubercolosi.* Quest'autore cita due osservazioni, in cui la materia puriforme aveva per origine il rammollimento d'un nodo tubercolare diventato caseoso. Questa eziologia non è comune, e nel linguaggio abituale *ascesso tuberoso* vuol dire ascesso dell'apparato *pilo-sebaceo.*

Pratiche attente di pulizia, un'incisione molto semplice col bistori, dei bagni d'amido costituiscono tutta la cura di questa leggiera affezione.

Gli *ascessi flemmonosi* del margine dell'ano comprendono due varietà, alle quali Reclus ha dato il nome di *extra-sfinterici* ed *intra-sfinterici.* Sotto la denominazione di extra-sfinterici, Reclus intende gli ascessi della fossa ischio-rettale, che abbiamo descritto più sopra. Questi ascessi si sviluppano nel tessuto cellulare lasso dello spazio pelvi-rettale inferiore, sono veri ascessi peri-rettali, ma vengono a far punta nel dintorno dell'ano. Reclus dichiara che questi ascessi sono rarissimi, egli non ne avrebbe osservati che tre casi. Io credo che la frequenza di questi ascessi sia un po' più grande, lo dice Trélat nelle sue lezioni, ed io personalmente ne ho osservato un numero ben più grande che non indichi la cifra sopra esposta.

Sotto il nome di *ascessi intra-sfinterici* di Reclus, bisogna intendere gli ascessi sviluppati nel tessuto cellulare stipato, a sepimenti, peri-anale, sotto cutaneo, ascessi che si propagano facilmente sotto la mucosa sollevandola. Malgrado la poca abbondanza di questo tessuto cellulare, questi ascessi sono relativamente frequentissimi, sono i *veri ascessi del margine dell'ano.*

Essi possono essere primitivamente *sotto-mucosi* (Reclus), sono il più delle volte *sotto-cutanei.*

Eziologia. — Delle cause molteplici possono provocare quest'infiammazione peri-rettale.

Le une provengono dall'*esterno,* le altre agiscono dall'*interno.* Alle cause esterne ascriveremo gli ascessi che succedono ai *traumatismi,* marcie prolungate, equitazione, colpi inferti violentemente nella regione anale, lesioni risultanti da un esame brutale o forzato, dall'introduzione inesperta d'una cannula metallica aguzza, da manovre della pederastia; quelli che succedono alle *infiammazioni* delle vicinanze: eczema, erpete, eritema, escoriazioni semplici; a quest'ordine si riattaccano i piccoli flemmoni consecutivi ad infiammazione delle emorroidi esterne (flebite emorroidale, ascesso flebitico di Chassaignac). Le infiammazioni della prostata, delle vescicole, determinano dei flemmoni della fossa ischio-rettale e raramente dei flemmoni superficiali.

Ma frequentemente l'origine dell'ascesso è intra-anale. È una piccola ulcerazione che ha aperto la via all'infezione e determinata l'infiammazione peri-anale. Tutte le ulcerazioni del canale anale, semplici, diatesiche o neoplasiche sono suscettibili di determinare un ascesso volgare del margine.

Queste piccole ulcerazioni possono passare inosservate cosicchè sembra che il flemmone siasi dichiarato spontaneamente. Veramente esiste l'ascesso detto idiopatico del bordo anale, ma questo ha un decorso torpido sub-acuto, e riconosce per causa diretta la *tubercolosi*. Al contrario, i flemmoni di cui noi parliamo hanno un decorso acuto. I piccoli corpi estranei, detriti ossei, semi di frutta, arrestati nella cavità delle valvole dell'ano, possono determinarvi una limitata infiammazione ulcerativa ed un ascesso consecutivo. Si possono allora qualche volta ritrovare i corpi estranei nel pus evacuato coll'incisione, e Sabatier aveva già insistito su questa patogenesi degli ascessi del margine dell'ano; tuttavia, Duplay ha fatto osservare che quest'origine non è molto frequente. Bisogna tenere un po' maggior conto delle piccole lacerazioni prodotte da questi stessi corpiccioli nell'atto della defecazione.

In riassunto, i flemmoni del margine dell'ano, come i flemmoni della fossa ischio-rettale o dello spazio pelvi-rettale superiore, sono o flemmonosi, vale a dire *infiammatori*, o *tubercolari*. Questi sono qualche volta la prima manifestazione della tubercolosi.

Sintomi. — I sintomi sono volgari; vi sono due stati, lo stato *flemmonoso* e lo stato *suppurativo*. Si ha raramente l'occasione di osservare il primo, perchè il dolore in generale non è molto vivo, almeno a tutta prima, ed il malato non crede doversene preoccupare. Pertanto questo dolore diventa più vivo, lancinante; si esagera camminando ed anche stando seduti; la defecazione diventa penosissima. Si manifestano dei *sintomi generali, febbre, inappetenza;* piccoli brividi ripetuti indicano che si fa la suppurazione.

Allo stadio suppurativo, si constata sopra uno dei punti della periferia dell'ano, ordinariamente ai lati, una tumefazione globulare, abbastanza mal delimitata alla periferia, con rossore e tensione della pelle, che presenta sovente nel suo mezzo un colore azzurrognolo. All'esplorazione si risveglia un dolore vivo, e si constata fluttuazione. L'*esplorazione rettale* praticata in questo momento è dolorosissima; se il malato vi si presta, si può constatare una sporgenza della mucosa, fluttuante, e la cui fluttuazione si continua con quella percepita coll'esame esterno. Questa sporgenza intra-rettale è dovuta allo scollamento della mucosa per mezzo d'una raccolta sotto-mucosa. Si osserva sovente l'ingorgo dei ganglii inguinali esterni.

Decorso ed esito. — Il decorso di questi flemmoni è essenzialmente acuto; la suppurazione vi è rapida, il pus si raduna, il tessuto cellulare della regione, abbastanza denso, si presta poco alla diffusione, quindi la raccolta è molto tesa, ed il pus zampilla quando s'incide. Abbandonato a sè stesso, l'ascesso si apre spontaneamente, e sia che abbia avuto origine nel tessuto sotto-cutaneo o nel tessuto sotto-mucoso, l'apertura avviene quasi esclusivamente alla pelle. Ma quest'apertura è insufficiente per evacuare il pus, il piccolo prolungamento sotto-mucoso non si svuota, o si svuota male, e presto si nota che il malato, il quale era stato a tutta prima estremamente sollevato per l'evacuazione del pus, elimina delle materie striate di sangue o di pus; ciò dipende da che si è fatta una seconda apertura nell'intestino. Conseguenza di questa seconda apertura è la creazione di

una *fistola*, vera fistola pio-stercorale, perchè tra l'apertura intestinale e l'apertura esterna esiste una cavità purulenta; lo scollamento sotto-mucoso è talvolta relativamente molto esteso, ed è facile accertarsene con uno specillo introdotto nell'orifizio esterno ed un dito nel retto.

Questo esito è così frequente che costituisce, si può dire, la regola; da tale nozione deve dipendere la condotta del chirurgo nella cura di questi ascessi.

Non è cosa frequente vedere questi ascessi determinare per propagazione la infiammazione della fossa ischio-rettale. In questo caso, dopo l'evacuazione dell'ascesso, i fenomeni generali e locali per un momento attenuati ripigliano con un'intensità molto più grande.

Diagnosi. — La *diagnosi* è facilissima; essendo la suppurazione rapida ed i fenomeni chiaramente infiammatorii, è facile riconoscere l'ascesso flemmonoso. Il decorso molto più lento, l'insignificante dolore, la poca tendenza a guarire, caratterizzano l'ascesso tubercolare. Ma conviene saper distinguere se si ha da fare con un ascesso *tuberoso* o *sotto-sfinterico*, con un ascesso *marginale* ed *intra-sfinterico,* oppure infine con un ascesso della *fossa ischio-rettale* o *extra-sfinterico.*

Ora l'ascesso tuberoso è *affatto sporgente;* forma una piccola massa fluttuante, che posa sopra una base indurita, ma si distacca affatto dalla superficie cutanea. L'ascesso intra-sfinterico sporge bensì, ma questa sporgenza è mal delimitata e l'esplorazione rettale dimostra che si estende verso il profondo. Infine l'intensità molto più grande dei fenomeni generali e locali, l'esplorazione rettale che permette di apprezzare l'estensione molto più grande del flemmone, permetteranno di distinguere il flemmone peri-rettale dal flemmone marginale.

Cura. — La terapia d'un ascesso caldo è molto semplice; è inutile temporeggiare con antiflogistici, e bisogna proscrivere in particolar modo le sanguisughe; la loro applicazione è ben più atta a provocare un ascesso del margine che ad impedirne l'evoluzione. La cura d'elezione è l'incisione, l'evacuazione del pus per mezzo della lavatura e l'applicazione di una medicazione antisettica appropriata. Questa terapia semplice dell'ascesso caldo, in generale conviene agli ascessi marginali? È ciò che bisogna esaminare. Io non mi dilungherò nel rifare la storia di tale questione, storia già trattata a proposito dei flemmoni peri-rettali; mi basterà dire che stanno di fronte due metodi: quello di Foubert e quello di Faget. Il metodo di Faget, il più antico di data (1743), consiste nell'incisione simultanea dell'ascesso e del tratto dell'ano e del retto interessato dall'ascesso. Poco tempo dopo, Foubert faceva osservare che bastava a portare la guarigione l'apertura spontanea, o per mezzo di una piccola incisione affatto semplice, e perciò stabiliva l'indicazione di non incidere l'intestino.

Ora, benchè sia indiscutibile che certi ascessi marginali guariscano così semplicemente, l'esperienza attesta che è molto più comune vederne conseguire una fistola cieca, esterna o completa. Molti malati d'altronde che si credevano già guariti, hanno visto recidivarsi degli ascessi ed hanno dovuto finalmente subire l'operazione della fistola anale. Trélat, nelle sue lezioni sopra gli ascessi anali ed

alle fistole, cita dei fatti molto dimostrativi in questo senso. Quindi si dichiara, tanto nelle sue lezioni quanto alla Società di Chirurgia, fermamente favorevole pel metodo di Faget: « Io mi felicito, egli dice (p. 355), di essere da lungo tempo uno di coloro che lo hanno il più energicamente preconizzato ». Più recentemente, Reclus ne è divenuto, felicemente, difensore, sia nei suoi scritti, sia nella tesi dei suoi allievi Melloche e De Muratel.

Il motivo di ciò è, a nostro parere, chiaro: lo scollamento sotto-mucoso è causa della formazione di fistole; è causa dell'insuccesso frequente del metodo di Foubert, insuccesso che porta ad un secondo intervento, quello della fistola anale; bisogna dunque cercare di evitare questo secondo intervento. Per questo il metodo certo è quello di Faget. Si incide dapprima l'ascesso, poi introducendo nella sua cavità una branca d'un paio di forbici di cui l'altra branca penetra nell'ano, si tagliano d'un sol colpo tutti i tessuti intermediari; avuta certezza che si sono raggiunti i limiti dello scollamento sotto-mucoso, si medica a piatto con cura, e talvolta molto rapidamente, talora più lentamente, si ottiene una guarigione assoluta, definitiva, senza avere, nel caso di ascessi infra-sfinterici, l'inconveniente per altro momentaneo, dell'incontinenza delle feci; infatti, lo sfintere è rimasto intatto; di modo che il principale argomento dei partigiani dell'incisione semplice vien meno nel caso di ascessi marginali.

III.

DELLE FISTOLE ANALI

Gosselin, *Clinique de la Charité*, t. I. — Guerlin, Des fistules à l'anus chez les tuberculeux. Parigi 1878. — Longo Fréderic, Cure rapide de la fistule anale. Parigi 1887. — Manget, *Biblioteca chirurgica*. Ginevra 1721. — D. Mollière, Malattie dell'ano e del retto. — S. Pozzi, Étude sur les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur. Tesi di Parigi, 1873. — Prunieras, Tesi di Parigi, 1882. — Ribes, *Mémoires de la Société d'émulation*, 1826, t. IX. — Trélat, *Clinique chirurgicale*, t. II.

Definizione. — Si chiama *fistola* anale una lesione caratterizzata da orifici anormali che fanno comunicare l'ano od il retto con l'esterno, e lasciano passare pel tragitto intermediario del pus, dei gas e talvolta dei prodotti intestinali.

Orificio esterno *cutaneo*, *orificio* interno, *intestinale*, *tragitto* intermediario, sono i tre termini essenziali della fistola dell'ano. L'associazione di questi tre termini può subire numerose modificazioni e queste modificazioni costituiscono delle *specie* e delle *varietà* multiple.

Divisione. — Vi sono due *specie* principali di fistole dell'ano: 1° quelle che fanno comunicare il retto coll'esterno per l'intermezzo del tessuto cellulare *peri-rettale;* 2° quelle che fanno comunicare l'ano colla pelle per l'intermediario del tessuto cellulare peri-anale. Queste due specie possono ancora suddividersi. Così delle fistole d'origine rettale fanno parte dello *spazio pelvi-rettale superiore*, e quelle dello *spazio ischio-rettale*.

Come gli ascessi da cui traggono origine, si potrebbero dividere in *superficiali* e *profonde*. È sopra tutto il rapporto dell'orificio intestinale con lo sfintere che serve a classificare le fistole dell'ano, perchè questo rapporto collo sfintere indica un'eziologia differente, e conduce ad indicazioni terapeutiche speciali. Sotto questo punto di vista si sono divise le fistole *sotto-cutanee*, *intra-muscolari*, *sotto-*

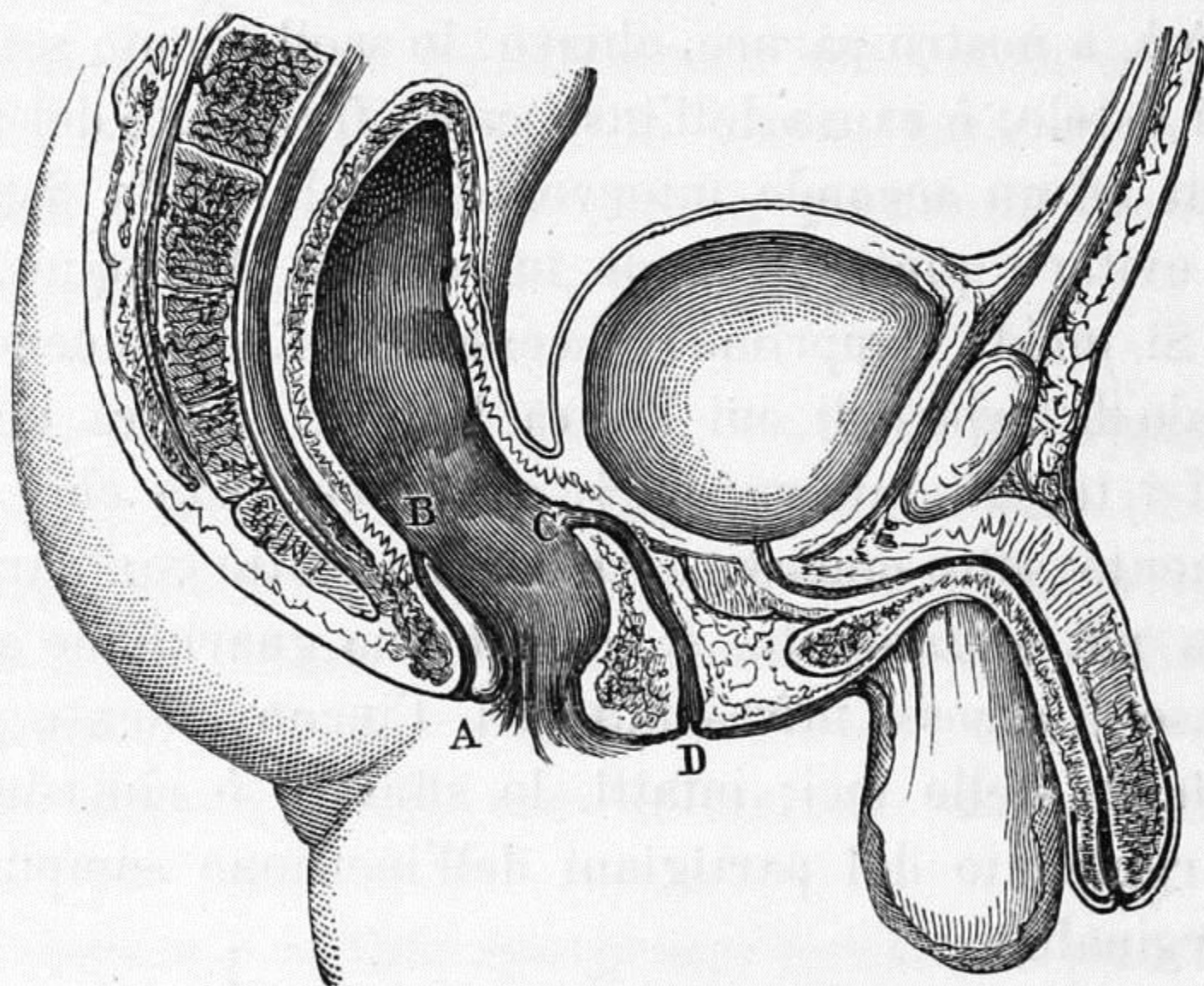



Fig. 19. — Fistole pelvi-rettali inferiori.
A, B, sotto-tegumentaria. — D, C, sotto-muscolare.

muscolari o *estra-muscolari*. Noi lasciamo da parte, in quest'esposizione, tutte le fistole d'origine ossea, genitale od orinaria che vengono ad aprirsi sulla pelle della periferia dell'ano, ma non aventi rapporto diretto col condotto intestinale. È solamente nella diagnosi della lesione che importa distinguerle dalle vere fistole all'ano.

Anatomia patologica. — Qualunque sia la specie alla quale appartiene una fistola anale, essa può presentarsi in diverse condizioni che costituiscono le *varietà*. Essa può essere *completa* od *incompleta*. La fistola *completa* è la fistola tipo, con un orificio intestinale, un orificio cutaneo ed un tragitto intermediario. La fistola *incompleta* è quella nella quale uno dei due orifici manca; si chiama pure *fistola cieca;* la si qualifica *cieca esterna* quando l'orificio intestinale non esiste, e *cieca interna* quando è l'orificio cutaneo che manca. Infine, la fistola è *semplice* quando i due orifici sono riuniti da un tragitto più o meno diretto, senza recesso, senza diverticulo; è *complessa* nel caso contrario; nella fistola complessa vi sono sovente più tragitti.

Sotto il punto di vista anatomo-patologico, conviene studiare l'orificio *cutaneo*, l'orificio *intestinale* ed il *tragitto*.

L'*orificio cutaneo* è *unico* nella fistola semplice, è sovente *multiplo* nella fistola complessa.

Varia ne è la *sede;* ordinariamente è un po' al di là dell'ano, a 2, 3, 4, e raramente 5 centimetri e più da quest'orificio. Sovente è al fondo di un solco raggiato, dove è talvolta difficile scoprirlo. Raramente è nell'ano stesso, ciò che ne rende la ricerca ancora più laboriosa. In tesi generale, è tanto più lontano

quanto la fistola rimonta più alto. La sua *forma* varia pure molto. Talvolta è semplicemente una fessura, altra volta è sopra un capezzolo più o meno accentuato di cui occupa di rado esattamente la sommità; abbastanza sovente è al fondo di una depressione detta a cul di gallina.

Riguardo alle dimensioni, può essere piccolo, stretto, che ammetta appena la estremità d'una sonda scanalata o d'uno specillo, più raramente largo e beante.

Quando vi sono più orifici cutanei, la regione presenta un aspetto detto a *pomo d'inaffiatoio*.

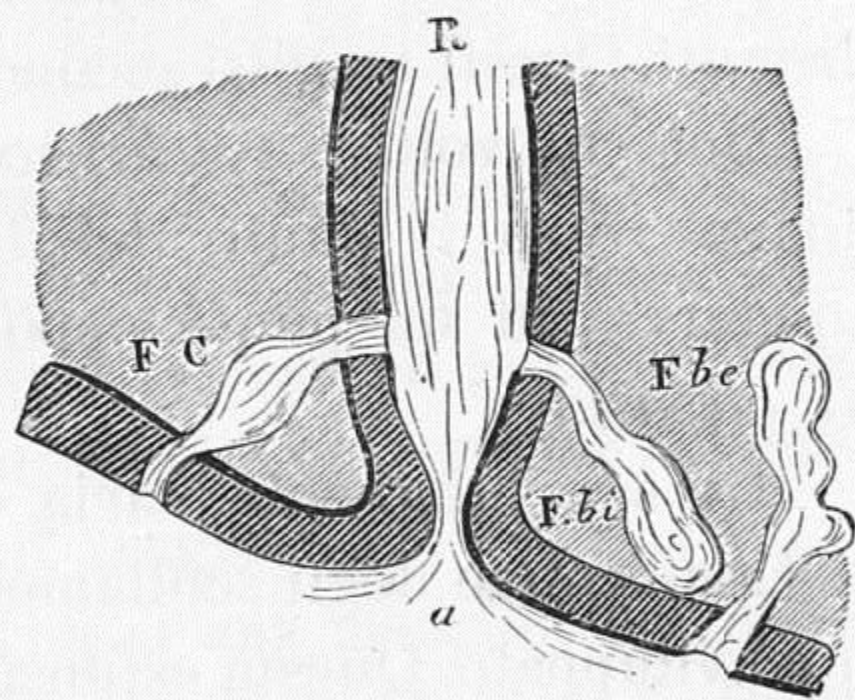
L'*orificio interno* è importantissimo da conoscere, ma è sovente difficile a trovarsi. È questa difficoltà che ha indotto molti chirurghi ad ammettere che realmente non esista che in un piccolo numero di casi. Questa era particolarmente l'opinione di Boinet, che trovava in questo principio la giustificazione della sua cura colle iniezioni di jodio. In realtà, la vera fistola cieca esterna non è molto frequente.

Fig. 20. — Varietà di fistole anali. *a*, ano; R, retto; F C, fistola completa; F *b c*, fistola cieca esterna; F *b i*, fistola cieca interna.

L'orificio *intestinale* è il più delle volte *unico* anche nelle fistole complesse. Sims non ammette che vi possano essere due o più orifici interni, ma Allingham l'ammette formalmente, riconoscendo tuttavia la rarità di questa disposizione.

L'*altezza* alla quale trovasi l'intestino varia evidentemente secondo che si tratta di una fistola marginale, della fossa ischio-rettale o dello spazio pelvi-rettale superiore. Essendo gli ascessi sottocutanei di gran lunga più frequenti, si capisce come ordinariamente l'orifizio superiore si trovi ad una piccola distanza dall'ano; ciò hanno stabilito le ricerche di Ribes mostrando che esso trovasi il più delle volte da 7 ad 8 millimetri fino ad 8 o 10 millimetri dall'orifizio anale. I risultati di Ribes sono stati confermati dalle ricerche di Brodie, e Lancy e Velpeau sono arrivati alle stesse conclusioni. « L'orificio interno, dice Brodie, è, io credo, sempre situato immediatamente al disopra dello sfintere, precisamente al livello in cui vengono ad arrestarsi le feci, nel punto in cui l'ulcerazione può con più facilità propagarsi attorno le due tonache. Però Curling dichiara di aver sovente trovato l'orificio interno molto più alto e sino a 25 millimetri di altezza; parecchie preparazioni del museo di Londra confermano queste cifre. Gosselin dichiara d'averlo osservato qualche volta nell'ampolla rettale, ma secondo lui, come secondo Allingham, esso ha sede il più delle volte nel canale anale.

In qualunque punto si trovi l'orifizio interno, sarebbe un grande errore credere che esso indichi il limite superiore del tragitto fistoloso. Infatti, abbiamo visto, studiando gli ascessi, che la mucosa è sempre scollata. Ora questo scollamento si estende sovente lontano, ed ordinariamente risale al disopra dell'orificio interno.

Le sue dimensioni sono variabili. Ordinariamente è affatto piccolo; in altri casi è largo, come avviene per lo più nella fistola *cieca interna*. Sovente infundibuliforme, può essere abbastanza largo per ammettere la polpa dell'indice. Eccezionalmente è larghissimo e sembra costituito da una perdita di sostanza (Lemonnier).

Contrariamente a quanto si osserva nell'orificio esterno, ben sovente non presenta alcun indurimento, il che ne rende la ricerca più difficile e spiega come molti autori ne abbiano negata l'esistenza.

Il *tragitto* che è aperto alle due estremità nelle fistole complete, termina a cul di sacco nelle fistole incomplete.

Ordinariamente *unico*, è sovente *multiplo:* in questo caso dal tragitto principale si diramano dei tragitti secondari che conducono a scollamenti più o meno distanti. Questi tragitti secondari cogli scollamenti costituiscono la fistola *complessa.*

Qualche volta è *rettilineo,* più sovente più o meno sinuoso. Ordinariamente si dirige verso il punto dell'intestino che fu l'origine della lesione; può tuttavia condurre ad un punto opposto, ciò che Allingham ha chiamato *fistola a ferro di cavallo.*

La sua lunghezza varia colla sede dell'orificio esterno e dell'orificio interno, coll'estensione degli scollamenti, col punto in cui l'ascesso che lo ha fatto nascere si è sviluppato. Questa estensione, molto lunga nelle fistole dello spazio pelvi-rettale superiore, abbastanza lunga in quelle della fossa ischio-rettale, è ben più sovente limitata per la ragione, già altra volta indicata, della più grande frequenza dell'ascesso del bordo anale propriamente detto.

Talvolta è quasi orizzontale, superficiale, cammina sotto la pelle, poi un poco sotto la mucosa e si apre nel canale anale; è il tragitto *sotto-cutaneo mucoso,* che Gosselin chiama fistola *sotto-sfinterica.* Talvolta è un po' più obliquo ed attraversa le fibre più basse dello sfintere per aprirsi alla faccia interna di quest'anello: fistola *intrasfinterica.* Infine può essere quasi verticale, passare all'infuori dello sfintere per andarsi ad aprire al disopra; *fistola sopra-sfinterica* di Gosselin. La fistola sopra-sfinterica è di gran lunga la più frequente, fatto interessante che ci spiega perchè si osservi così raramente l'incontinenza delle feci dopo l'operazione della fistola anale. Questa incontinenza non si presenta nemmeno quando il tragitto si apre molto in alto nell'intestino; infatti con una fistola sotto-sfinterica, grazie allo scollamento della mucosa che quasi sempre l'accompagna, l'orificio intestinale può risiedere molto in alto nell'interno della regione sfinterica, ma l'incisione non interessa che la mucosa e non tutte le tonache del retto. Questo scollamento risale d'altronde più in alto che l'orificio interno, e si estende a destra ed a sinistra formando una cavità a T rovesciata.

Questo tragitto è ben raramente canalicolare e diretto; il più delle volte è ampollare, e dalla cavità intermediaria partono dei diverticoli secondari, il che ne fa non una fistola stercorale, ma una fistola pio-stercorale.

È interessante conoscere la struttura delle pareti di questo tragitto. Esso è tappezzato da una pseudo-membrana che Dupuytren aveva creduto, a torto, essere una mucosa reale, analoga alle mucose dell'organismo; questa mucosa è talvolta liscia e biancastra, talvolta rossa, granita o granulosa. Più all'infuori, si incontra un ispessimento infiammatorio dei tessuti circonvicini. Questo ispessimento può complicarsi con una iperplasia connettiva considerevole formante delle vere *callosità* che si riconoscono benissimo alla palpazione. Gli antichi davano un'importanza considerevole a queste callosità; vedevano in esse la causa della persistenza della fistola; quindi non esitavano, per distrurle, ad incidere largamente ed

asportarne dei grossi pezzi. Queste callosità sono ben più frequenti nelle fistole semplici, poco importanti, che non nelle fistole gravi; con ciò si spiegano i successi che ottenevano gli antichi, escidendo, tagliando, cauterizzando o bruciando energicamente questi indurimenti callosi.

Le fistole *incomplete* sono abbastanza rare, come abbiamo detto; però bisogna fare una distinzione. La fistola *cieca interna* è rarissima; Allingham dichiara che esiste, e, secondo lui, è anche la più dolorosa; sopra una statistica di 61 caso, Czerny riferisce 3 fistole cieche interne. Del resto sovente la loro diagnosi è difficilissima.

La fistola *cieca esterna* è più frequente, e ad un dato momento è anche più frequente della fistola completa. Abbiamo visto, infatti, che gli ascessi del margine dell'ano, si aprono sempre dapprima verso la pelle, di maniera che le fistole sono cieche esterne prima di divenire complete. Ad esse possono completamente riferirsi le particolarità che riguardano l'orifizio esterno ed il tragitto.

Le *fistole dello spazio pelvi-rettale superiore* meritano una menzione speciale. Ribes è uno dei primi che le hanno ben descritte. Prima di lui, Saviard, J.-L. Petit, Ledran, Garengeot, Pott, B. Bell, Sabatier, Boyer, ecc. avevano fatto notare le difficoltà operatorie che presentano. Velpeau, Roux, Smith, Gerdy, Carreau, Chassaignac, Richet, Verneuil e Trélat, ne studiarono più completamente l'evoluzione, e S. Pozzi nella sua tesi (1873) ne ha fatto uno studio minuto e completo.

Più frequenti nell'uomo, le fistole dello spazio pelvi-rettale superiore provengono talvolta da molto lontano. Tre particolarità le caratterizzano: 1° l'altezza alla quale arriva il tragitto, altezza che varia tra i 7 ed i 15 centimetri; 2° lo spessore notevole delle parti molli che sono interposte tra il tragitto fistoloso e la parete dell'intestino; 3° infine l'assenza di orifizio intestinale, il che fa sì che trattisi sempre di una fistola *cieca esterna.* L'ascesso che le ha dato origine è un ascesso a bottone da camicia con una cavità al disopra dell'elevatore dell'ano, un'altra cavità al disotto, ed un orificio intra-muscolare intermediario. Quindi il tragitto termina sempre con un'*ampolla* ad un tempo sotto-rettale e sotto-peritoneale. Questa ampolla ha delle pareti resistenti, che non si accasciano, ed i movimenti del retto vi fanno penetrare dell'aria, il che ha potuto far credere qualche volta ad una comunicazione che non esiste mai. Queste fistole sono sovente dovute a lesioni ossee, o ad alterazioni degli organi genitali od orinarî. Qualche volta persistono mentre che la lesione iniziale è guarita. Esse sono molto rare, perchè malgrado accurate ricerche, Pozzi non ne ha potuto riunire che 14 casi.

Quanto alle *fistole complesse*, esse sono sopra tutto caratterizzate dagli *scollamenti multipli.* Questi scollamenti possono farsi in tutti i sensi, verso il perineo, verso le natiche, sotto il grande gluteo, verso il coccige. In qualsiasi senso si dirigano questi scollamenti, non interessano organi importanti, di maniera che si può sempre operarli senza pericolo. Essi sono talvolta talmente considerevoli che il retto denudato alla sua periferia resta isolato tra gli ischi come il battaglio d'una campana; è allora che si osserva la *fistola a ferro di cavallo* di Allingham.

Quando gli scollamenti sono sotto-cutanei, sono accompagnati ordinariamente con callosità.

Le fistole complesse possono osservarsi nel caso di fistole sotto-sfinteriche; in questo caso però gli scollamenti sono poco considerevoli. È sopra tutto nelle fistole peri-rettali che si osservano le più grandi lesioni di questa natura, ed in particolare

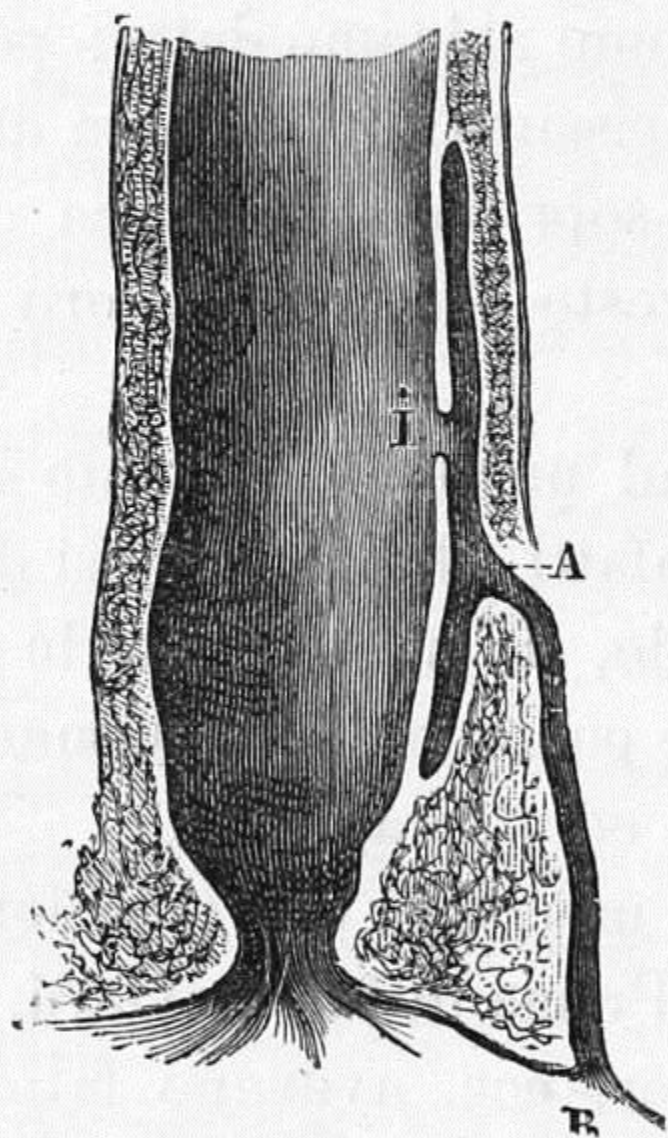



Fig. 21. - A B, fistola complicata.

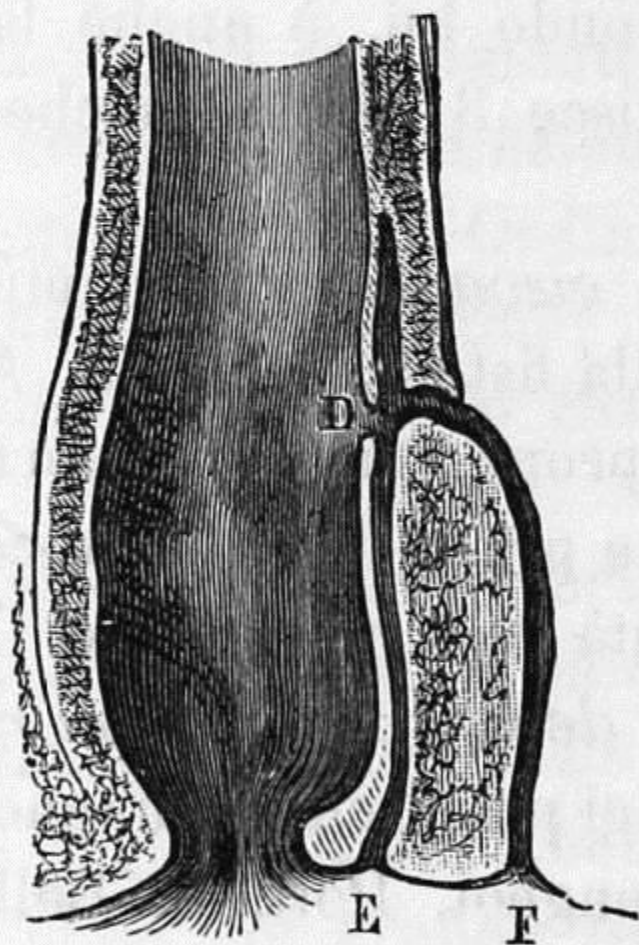



Fig. 22. - E F, fistola complicata.

gli scollamenti numerosi, vari di forma e d'estensione, con orifici multipli, che ricordano la disposizione delle tane che si scavano i conigli nella terra (Allingham).

Eziologia e patogenesi. — Le fistole anche costituiscono una malattia frequente; secondo Allingham rappresentano un quarto delle affezioni del retto osservate nell'ospedale. Più frequenti nell'*uomo* che nella *donna*, si osservano raramente nel fanciullo, più raramente ancora nel vecchio. È un'affezione dell'*età adulta*.

Le cause occasionali sono talvolta un restringimento, un cancro, delle ulcerazioni (fistole *sintomatiche*); talvolta delle cause infiammatorie diverse, traumatismi, corpi estranei, pederastia, emorroidi, ecc.

Ma ciò che domina la patogenesi della fistola anale, è che essa è quasi sempre preceduta da un ascesso sia del margine, sia della fossa ischio-rettale, sia dello spazio pelvi-rettale superiore. Infatti, se la fistola può succedere ad un'ulcerazione rettale che abbia dato esito a prodotti intestinali, i quali infiltrandosi provocheranno un ascesso che si aprirà all'esterno creando la fistola, non è questo il modo più comune di produzione della fistola. L'ascesso è nella grandissima maggioranza dei casi la lesione primitiva. Ora, noi abbiamo visto che quest'ascesso ha una tendenza spiccata, qualunque ne sia il punto di partenza, ad aprirsi verso la pelle. Perchè dunque dopo quest'apertura la chiusura completa non avviene? Per ispiegare questa spiacevole tendenza alla fistolizzazione, si è invocata la mobilità del retto, la mobilità dello sfintere dovuta alle sue intermittenze di rilassamento e di contrazione. Questa mobilità può avere una certa importanza, ma conviene, crediamo, attribuire un più grande valore allo scollamento sotto-mucoso che favorisce la ritenzione del pus, e provoca l'apertura intestinale. Infatti, questo scollamento ha il tempo di farsi se l'ascesso si è svolto molto in fretta; ora, in tal caso, si vede ordinariamente succedere la guarigione, senza fistola.

Un'altra causa di grande importanza, che interviene nella produzione delle fistole e nella loro persistenza, è lo *stato generale*. Noi alludiamo qui all'influenza della *tubercolosi*. Non cercheremo di dimostrare come, malgrado i contradditori, questa nozione siasi stabilita; basta di dire che attualmente non si contesta più il rapporto frequente che esiste tra la tubercolosi e gli ascessi del margine dell'ano. Andral e Louis, ricercando la fistola nei tubercolotici, erano arrivati a cifre talmente insignificanti che non pareva vi fosse alcuna correlazione tra la tubercolosi e la fistola anale; ma come fa osservare il professore Peter, per venire nel vero bisogna cercare la tubercolosi nei malati affetti da fistola anale, ed allora si riconoscerà agevolmente la frequenza di tale diatesi nel corso di quest'affezione. Procedendo così Allingham trovò che 14 su 100 dei malati sono affetti da tubercolosi polmonare. Ma non bisogna dimenticare che l'ascesso e la fistola anale possono dipendere da una tubercolosi locale, senza tubercolosi polmonare, e ciò accresce la proporzionalità della tubercolosi come causa determinante di queste lesioni e porta la cifra a 25 per 100 (Méloche) e forse anche a più. Tuttavia ci sembra che i Tedeschi esagerino singolarmente quest'influenza della tubercolosi, quando dichiarano che la maggior parte delle fistole anali sono dovute a tubercoli peri-rettali suppurati. In riassunto, la fistola anale si presenta nei tubercolotici in due condizioni: talvolta appare nel periodo ultimo o molto avanzato della tubercolosi viscerale, ed allora essa stessa può non essere tubercolare; talvolta è l'indizio d'una tubercolosi locale e costituisce la prima manifestazione della diatesi; in tal caso, è sempre tubercolare.

Le fistole tubercolari hanno un orificio esterno ordinariamente largo, a margini sottili, irregolari; la pelle è scollata alla periferia, ma gli scollamenti non sono molto profondi.

Ricordiamo per semplice valore storico, l'*osmosi gasosa* che Velpeau ha invocata onde spiegare la produzione delle fistole anali; quest'ipotesi non è sostenibile.

Sintomi. — Tutte le fistole anali presentano un certo numero di segni comuni; ma differenti particolarità distinguono le fistole *complete, cieche* e le fistole dello *spazio pelvi-rettale* superiore.

Possiamo considerare assieme le fistole *complete* e le fistole *cieche esterne;* infatti, queste non si distinguono da quelle che per l'esistenza d'un orificio intestinale. Ora, quest'orificio non si rivela per alcun altro fenomeno obbiettivo che pel passaggio, attraverso la fistola, di gas e di liquidi intestinali, e per di più questo passaggio può sovente non aver luogo grazie alla situazione dell'orifizio intestinale ed alle sue piccole dimensioni.

L'*inizio* è caratterizzato dalla comparsa d'un ascesso; quest'ascesso aperto spontaneamente o per mezzo d'un'incisione semplice, si evacua; ne segue un'immediato, considerevole sollievo; lo scolo di pus si fa rapidamente meno abbondante, ma continua, e non si può produrre la guarigione definitiva. In altri casi, dopo uno scolo di alcune settimane, l'orifizio si chiude; ma ben presto compaiono i sintomi di un nuovo ascesso, che avrà la stessa evoluzione, e potrà esso medesimo essere seguìto da un terzo ascesso. Da questo momento, la fistola è costituita. La sua presenza si manifesta con *secrezioni* e *disturbi funzionali.*

Queste secrezioni sierose, siero-sanguinolenti, o siero-purulenti mantengono in sito un'umidità permanente che provoca prurito, impetigini, eritemi penosissimi che vengono ancora aumentati col camminare, dal calore del letto, dalla mancanza di pulizia e coll'uso di sostanze grasse poco adatte.

Queste secrezioni *macchiano* la camicia del malato, e ben sovente, quando si tratta di fistolette sotto-cutaneo-mucose, la sua attenzione è risvegliata da questo solo fatto. Raramente passano per l'orificio esterno delle vere *materie fecali,* anche durante la defecazione e la diarrea; è pure molto raro osservare l'uscita involontaria di *gas.* Le materie emesse hanno soventi un odore intestinale che dipende semplicemente dalla vicinanza del tubo digestivo. Il passaggio di vere materie fecali ha un valore semeiologico in questo senso che attesta che la fistola è completa. La presenza di pus, di sangue alterato alla superficie del lobo fecale ha lo stesso valore, ma ciò è tutt'altro che costante. Il *dolore* può mancare completamente; il più delle volte è molto mite ed il malato si lagna sopra tutto di un senso di peso fastidioso all'ano ed al sacro. Tuttavia la *defecazione* può provocare dei vivi dolori; il malato allora pauroso di soddisfarvi, se ne astiene, conserva una stipsi che disturba le funzioni digestive, provoca la melanconia, e produce un'alterazione talvolta molto notevole nello stato generale. Qualche volta vi sono delle piccole irradiazioni dolorose agli inguini, alla faccia interna delle coscie, verso i lombi. Il dolore si accentua sopra tutto quando, essendo piuttosto ristretto l'orifizio esterno, si fa una ritenzione purulenta. Levato l'ostacolo allo scolo delle secrezioni, il dolore cessa o si attenua considerevolmente.

I sintomi della fistola *cieca interna* sono molto meno precisi. Il più importante è il *dolore;* esso esiste sempre, è continuo con *esacerbazioni* al momento della defecazione. Questo dolore è dovuto, secondo ogni probabilità, sia alle frequenti riprese infiammatorie dovute alla penetrazione nel focolaio di prodotti intestinali, sia all'ostacolo che prova il pus per uscire. Questo rivela la sua presenza sulle feci, ricoprendole d'uno strato muco-purulento, siero-sanguinolento; qualche volta è emesso per mezzo d'una falsa defecazione. La presenza di questo pus risveglia l'attenzione dei malati che dapprima si credevano, il più sovente, affetti da emorroidi. L'*esplorazione rettale* permette di trovare l'orificio intestinale, sia perchè è situato in basso, sia perchè è largo, anfrattuoso ed il dito può anche penetrarvi.

Quanto alle fistole dello spazio pelvi-rettale superiore, esse sono caratterizzate dall'abbondanza della secrezione, sopra tutto dalla lunghezza del tragitto, parallelo al canale intestinale, lunghezza facilmente rilevabile coll'aiuto dell'esplorazione con uno specillo. L'orifizio cutaneo, situato molto lontano dall'orifizio anale, lascia abbastanza sovente sfuggire dei gas, ma questi, malgrado il loro odore particolare, non provengono dall'intestino; essi sono dovuti alla penetrazione dell'aria sino al fondo dell'ampolla a cui mette capo il tragitto di queste fistole. Il dolore ordinariamente poco spiccato, subisce sovente delle esacerbazioni dovute alla ritenzione purulenta e gasosa.

Decorso ed esito. — La fistola *cieca esterna* ed anche la fistola *completa* possono guarire *spontaneamente.* Ciò invero è molto eccezionale e non bisognerà far calcolo sopra questo risultato. Frequentemente si osserva una guarigione

apparente che non dura, si formano dei nuovi ascessi e di *semplice* che era, la fistola diventa *complessa*. Insomma, all'infuori d'una cura adatta, la persistenza è la caratteristica delle fistole anali. La fistola cieca interna non guarisce giammai spontaneamente, ma abbastanza sovente si trasforma in una fistola completa, per la formazione secondaria d'un orifizio cutaneo, consecutivamente allo sviluppo d'un ascesso.

Prognosi. — La prognosi è dunque sempre seria. Certe fistolette sotto-cutaneo-mucose si possono tollerare molto facilmente e possono persistere senza inconvenienti serii per lungo tempo; ma possono pure complicarsi.

Le fistole cieche esterne e le complete, antiche con callosità, scollamenti, acquistano una reale gravità per i pericoli d'infezione ai quali espongono.

Le fistole *secondarie* traggono la loro gravità dalla lesione che le ha determinate (cancro, restringimento, ecc.).

La fistola *tubercolare* è grave perchè rivela una lesione grave per se stessa. Quanto alla sua importanza rispetto alla tubercolosi stessa, è oggetto di numerose controversie che fanno molto rumore. Si è fatta questione se la fistola anale in un tubercolotico aggrava il suo stato generale. La questione mi parrebbe ora risolta nel senso affermativo. Ogni suppurazione è una causa d'indebolimento generale e dannoso pel tisico; i derivativi non hanno più che un valore negativo nella concezione che ci facciamo attualmente dell'evoluzione della tubercolosi.

Diagnosi. — La *diagnosi* è un paragrafo importante del capitolo delle fistole anali. Conviene infatti non solamente riconoscere la fistola, ma ancora far la diagnosi della specie, della varietà, notare le complicazioni che l'accompagnano e valutare lo stato generale del soggetto. Queste diverse considerazioni sono in realtà necessarie per istabilire una cura razionale.

La diagnosi della fistola anale si fa principalmente coll'*esame locale*. Quando un malato presenta qualcuno dei fenomeni che abbiamo indicati più sopra; quando dice di aver avuto un ascesso qualche tempo avanti; quando ha constatato che la sua camicia è macchiata, bisogna procedere ad un esame accurato della regione anale. Dapprima bisogna rendere bene accessibile alla vista la regione per mezzo del decubito laterale; la coscia del lato su cui riposa il malato si mette in estensione, quella del lato opposto vien flessa sul bacino incurvando pure alquanto il tronco; un aiuto od il malato stesso solleva la natica superiore, il chirurgo dispiega ed abbassa la natica inferiore. Dapprima colpiscono l'umidore e le irritazioni della regione; poi si vede un piccolo capezzolo od una depressione a cul di gallina; la pressione in questo punto constata un indurimento più o meno spiccato e fa gemere un po' di pus o di sierosità. Uno specillo introdotto in questo orifizio si dirige verso il retto: la diagnosi, fistola all'ano, è certa. Qualche volta, malgrado i segni razionali, non si scorge nè depressione, nè capezzolo; bisogna allora distendere bene le pieghe dell'ano mentre si invita il malato a spingere, invertire, ove occorra, il lato del decubito, e così si giunge a trovare in una plica raggiata una fessura nella quale lo specillo si approfonda.

Fatta questa prima constatazione, si introduce di nuovo lo specillo senza violenza, guidandolo semplicemente, lo si immerge più lontano che è possibile, ed allora, ma *allora soltanto,* si introduce nell'ano l'indice convenientemente spalmato di vaselina. L'indice introdotto sentirà l'estremità dello specillo e valuterà lo spessore dei tessuti che li separano; il più delle volte si constaterà facilmente che sta frapposta una sottile membrana (la mucosa), e che sotto questa membrana lo specillo si muove liberamente come in una cavità (scollamento). Infine, in un ristretto numero di casi, e dopo alcuni tasteggiamenti, si sentirà l'estremità dello specillo libero nell'intestino. Quando questa penetrazione è avvenuta da sè stessa, senza sforzo, allora non vi ha dubbio, la fistola è completa, il che non vuol dire che non possa essere completa se non quando lo specillo penetri: ci siamo sufficientemente spiegati sopra questo punto per non dovervi più tornare.

Si è consigliato, nel caso in cui non si è collo specillo trovato l'orificio interno, di fare dall'orificio esterno delle iniezioni di liquidi colorati, latte, tintura di jodio, creta stemperata, soluzione d'indigo. Ciò è superfluo; importa poco per la cura di mettere in evidenza l'orificio interno; quando si è constatato che lo specillo penetra fin sotto la mucosa, che cammina sotto questa, ciò basta; perchè sia essa completa o cieca esterna, la cura della fistola sarà sempre la stessa.

La diagnosi della fistola cieca interna presenta delle difficoltà più serie, ma questa varietà è rara. L'intensità del dolore può farla confondere con una *fessura dell'ano;* ma nella fessura non vi ha scolo di pus; nella fistola la contrattura dello sfintere non esiste ed i caratteri del dolore sono differenti. L'esplorazione rettale è praticabile e permette di riconoscere un'ulcerazione profonda. La constatazione d'un'anfrattuosità potrebbe far credere ad un'ulcerazione epiteliomatosa, se non sapessimo che, nella fistola, non vi ha indurimento nè bottoni duri, sanguinanti al minimo contatto. Infine, essendo la fistola cieca interna situata in basso, si può, coll'aiuto dello *speculum ani,* introdurvi uno specillo.

Da ultimo, quando lo specillo risale molto in alto nello spessore del perineo, quando cammina parallelamente al retto, quando il dito, nel retto, permette di constatare che tra esso e lo strumento, esiste un certo strato di parti molli, si è in diritto di ammettere una fistola dello spazio pelvi-rettale superiore.

Talvolta l'introduzione dello specillo mostrerà che il tragitto si dirige verso la *prostata* o verso le *vie orinarie;* in quest'ultimo caso, sarà bene esaminare il malato al momento della minzione al fine di vedere se esca dell'orina dall'orificio cutaneo; infine lo specillo potrà, nel caso di fistola *osteopatica,* condurre verso un punto della cintura pelvica.

Parimenti coll'*esplorazione rettale* e coll' esplorazione collo specillo si riconoscerà la maggior parte delle complicazioni; coll'esplorazione rettale si constaterà l'esistenza d'un tumore, d'un cancro, d'un restringimento, di emorroidi. A questo proposito ricordiamo di nuovo che quest'esplorazione rettale è sempre indispensabile, anche nel caso della fistola più insignificante: che deve essere metodica, accurata e spinta il più alto possibile. Infine, la penetrazione dello specillo in diverse direzioni, la moltiplicità degli orifici sono prova della complessità della fistola. Tuttavia, in tal caso, le lesioni sono ordinariamente ancora più estese di quanto faccia prevedere l'esplorazione collo specillo.

Notate tutte queste particolarità anatomiche della fistola, resta un ultimo punto da rischiarare, cioè la causa della fistola e principalmente la natura di essa. È essa puramente e semplicemente infiammatoria, oppure tubercolare?

Due modi d'esame ci metteranno in grado di rispondere a questi due quesiti: l'*esame medico*, col quale si giudicano i dati anamnestici, l'evoluzione degli antecedenti, dello stato attuale dei visceri, e si procede all'esame microscopico e batteriologico dei prodotti di secrezione; 2° l'*esame chirurgico* locale con cui si rileva la lentezza dell'evoluzione, lo scollamento dei margini dell'orifizio esterno, gli scollamenti sotto-cutanei, gli indurimenti periferici, vale a dire i caratteri anatomici che abbiamo attribuiti agli ascessi ed alle fistole dovute alla tubercolosi ano-rettale. L'esame dei ganglii inguinali potrà pure fornire delle cognizioni utili.

Cura. — Esaurita questa indagine, il chirurgo può, con conoscenza di causa, istituire la cura che meglio conviene a ciascun caso particolare. Quale sarà questa cura? Gli antichi, coll'attenzione costantemente rivolta alla *callosità*, applicavano ad oltranza il precetto ippocratico: « Non offenderai in alcun modo l'intestino, tagliandolo, escidendolo, cucendolo, cauterizzando e facendolo suppurare ». Quando la callosità mancava, la fistola era abbandonata a sè stessa. Sembra che Celso sia stato il primo a sottrarsi a questa ossessione della callosità, e che, senza preoccuparsi di essa, abbia preconizzato una cura della fistola anale, quella colla *legatura*. Avicenna, esaminando i diversi metodi operativi si pronuncia anche in favore della *legatura:* ma ha cura di far notare che essa è *dolorosa* e che può essere seguìta dall'*incontinenza delle materie fecali*. Ma non desume, come si vide fare molti anni più tardi, da quest'incontinenza che non si debbano operar le fistole anali. Con Guy de Chauliac cominciano i timori della sezione dello sfintere; questo autore studia diligentemente diverse cure della fistola, ed un po' preoccupato ancora dall'idea delle callosità, ne propone l'estirpazione colla fistola stessa. È questa la prima applicazione d'un processo che acquisterà sviluppo soltanto alla nostra epoca. L'*incisione*, nata in un'epoca che è difficile precisare, aveva, or sono tre secoli, ispirata la fabbricazione di numerosi *siringotomi*, la cui collezione si arricchì nel XVII secolo del *bistori reale*, immaginato per operare la fistola del re Luigi XIV. Ma, sino alla Memoria di Manget l'incisione è poco in onore e la fistola anale è considerata in molti casi come un'affezione incurabile che è meglio abbandonare a sè stessa che combattere con una cura estremamente pericolosa.

La Memoria di Manget segna un'epoca importante per la chiarezza della sua esposizione, la precisione della descrizione, il numero di fatti che contiene la sua statistica (600 casi). Egli dichiara che tutte le fistole possono guarire con una cura metodica.

Il lavoro di Heister, che viene più tardi, è molto meno esplicito, ed è difficile sapere quale metodo sia preferibile fra l'*incisione*, l'*escisione* e la *cauterizzazione*. Quest'incertezza si protrae sino alla nostra epoca, e sarebbe per lo meno inutile riandare tutti i lavori che sono stati scritti su questo soggetto e tutte le cure che sono state proposte. Noi ci limiteremo ad esaminare i soli metodi seguìti correntemente al giorno d'oggi, cioè: l'*incisione* con o senza *cauterizzazione*, la *legatura elastica* ed infine l'*escisione*.

Ma dapprima bisogna, in poche parole, risolvere una questione, tanto lungamente discussa, cioè: bisogna operare le fistole? Se ci riferiamo a quanto abbiamo detto sulla prognosi, della rarità della guarigione spontanea, la risposta sembra facile e possiamo dire: sì, bisogna operarle.

Ma conviene tuttavia precisare un po' le cose. Le fistole sono *infiammatorie* o *tubercolari*. Le fistole infiammatorie, siano semplici o complesse, piccole, medie, grandi, devono essere operate; tutti sono d'accordo su questo punto, tutt'al più si potè far a meno d'intervenire per le fistolette molto superficiali di alcuni millimetri di lunghezza, insignificanti e che possono guarire, con cura di pulizia e di asepsi locale.

Ma dove nasce la controversia è quando si tratta di fistole tubercolari e di fistole nei tubercolotici. Numerosi autori, ed anche dei maestri, hanno proscritto ogni intervento in simil caso. Le fistole nei tubercolotici, dicono, costituiscono una via di derivazione, una specie di exutorio che impedisce all'affezione di progredire. A questa obbiezione è facile rispondere che per contro la suppurazione, indebolendo l'organismo, diminuendone la resistenza, favorisce singolarmente la evoluzione della tubercolosi.

Allora si obbiettò che operando le fistole tubercolari si apre la porta ad una auto-inoculazione, e si provoca la generalizzazione della diatesi. Questa è l'obbiezione che venne fatta all'intervento chirurgico nelle tubercolosi esterne. Le nostre cognizioni attuali ci hanno appreso, che invece vi ha del vantaggio nel curare un focolaio di tubercolosi localizzata, e che se si arriva a distrurlo completamente, si può ritardare per lungo tempo ed anche per sempre lo scoppio d'una tubercolosi viscerale.

Da queste rapide considerazioni risulta che l'intervento operatorio è indicato in quasi tutti i casi di fistola anale tubercolare o no.

Passeremo ora in rivista le tre maniere d'intervento che si praticano attualmente, poi vedremo le indicazioni di ciascuna di esse.

L'*incisione* è la sezione di tutte le parti di tessuto interposto tra l'orificio cutaneo e l'orificio anale da una parte, l'orificio interno dall'altra. Essa si fa col *bistori* o col *termo-cauterio*. Si introduce una sonda scanalata sino dentro il retto passando qualche volta per l'orificio interno, ma per lo più creandone uno sul momento; si fa uscire la punta della sonda dall'ano, poi si seziona tutto ciò che ha abbracciato facendo scivolare il bistori nella scanalatura. Operata la sezione, bisogna colla più grande cura ricercare i diverticoli secondari ed inciderli completamente, sotto pena di un intervento incompleto. In luogo del bistori si può far uso delle forbici. Questa sezione provoca, se la fistola rimonta un poco alto, un'emorragia abbastanza abbondante; quindi molti chirurghi preferiscono di fare l'incisione col coltello del termo-cauterio. L'uso di questo strumento ha un altro vantaggio: esso permette, quando tutti i diverticoli sono stati aperti, di cauterizzare i tragitti, di distruggere le vegetazioni, e quella parete pseudomucosa che costituisce il tragitto della fistola; si distruggono anche, quando esistono, le callosità che non hanno tendenza alla cicatrizzazione. Bisogna coll'aiuto d'un *gorgeret* proteggere le parti circonvicine. Agendo così, si soddisfano le due indicazioni essenziali della cura chirurgica della fistola anale: divisione completa del tragitto, modificazione dei tessuti che costituiscono le pareti del medesimo.

Dopo l'incisione si medica a piatto con garza al jodoformio od al salolo, con cotone idrofilo, e con un bendaggio a T, evitando con cura l'introflessione dei labbri della ferita, e si ottiene così una cicatrizzazione che va dalla profondità alla superficie.

L'anestesia cloroformica, e le precauzioni antisettiche usuali sono il complemento di quest'intervento, come pure quando si pratichi l'escisione.

Quando la fistola è intra- o extrasfinterica, lo sfintere rimane inciso, e ne risulta un'incontinenza delle materie fecali. Gli astensionisti ed i partigiani delle cure non chirurgiche propriamente dette (iniezioni irritanti, cauterizzazioni, compressioni) hanno di molto esagerato l'importanza di questa incontinenza. In realtà essa costituisce un inconveniente poco serio, perchè è passeggiera.

La *escisione* consiste, come indica il nome, nell'exeresi di tutto il tragitto fistoloso, colle parti che lo ricoprono superiormente. Abbiamo visto che questa *escisione* è stata già proposta da Guy de Chauliac. Chassaignac modificò il processo, riunendo dopo l'escisione la superficie cruenta (1852). Ma Chassaignac soventi non vi riusciva, mancandogli l'asepsi chirurgica che è uno degli elementi essenziali della riunione immediata delle ferite. Soltanto ai nostri giorni questo processo ha potuto dare tutti i suoi vantaggi. Adottato in America da Emmet, da Weir, da Lange, esso fu l'argomento d'un lavoro del professore St. Smith nel *New-York medical Record* nel 1886. Lo stesso anno Vincenzo Morini, chirurgo di Roma, pubblicava un lavoro sul medesimo soggetto. In Francia, le prime operazione datano dal 1886-1887; esse sono state fatte da Terrier, Brun, Bazy, Nélaton, Tuffier, e la Società di Chirurgia discusse il processo il 10 ottobre 1887. La tesi di Longo, comparsa alcuni giorni più tardi, contiene l'esposizione del processo e fornisce i risultati di alcuni di tali interventi. La escisione è un eccellente metodo quando è applicabile; ora essa non conviene evidentemente che alle fistole poco profonde e semplici, o con diverticoli pochissimo estesi.

Infine la *legatura* è il vecchio processo di Celso. La si è fatta con sostanze molto diverse. Desault e Foubert impiegavano ancora il filo di piombo. Ai nostri giorni vi si è sostituito il filo di caoutchouc. Sono circa vent'anni che è stata preconizzata la *legatura elastica:* poco usata da noi, essa è ancora molto in onore in Inghilterra, e Allingham, che ne è un caldo partigiano, ha immaginato un piccolo strumento per portare il filo di caoutchouc attraverso il tragitto fistoloso e farlo riuscire all'esterno. Questo filo agisce molto più per compressione che per sezione. La legatura elastica non agisce evidentemente che sul tragitto principale; non può aver azione sui tragitti secondari e sugli scollamenti periferici. Questo rimprovero si applica a tutti i processi di legatura (schiacciamento lineare, legatura estemporanea, ansa galvano-caustica). Stretta fortemente d'un colpo, essa è *dolorosissima:* deve quindi essere stretta progressivamente. Con Trélat, noi diremo riguardo alla legatura elastica che: « non è accettabile che nel caso di fistole piccole, con uno o due tragitti, ed in malati pusillanimi che rifiutano assolutamente di sottomettersi ad una cura più spiccia.

Restano dunque l'*escisione* e l'*incisione*. L'escisione non è applicabile che alle fistole superficiali, piccole e semplici; è la cura d'elezione per le fistole sottocutaneo-mucose. L'incisione è il metodo d'elezione per tutti gli altri casi;

dovrà sempre essere accompagnata dalla cauterizzazione col termo-cauterio, con o senza raschiamento preventivo dei diverticoli e del tragitto principale.

Quanto alle fistole dello *spazio pelvi-rettale* superiore, la loro cura consiste nella sezione lenta del tragitto e del retto, coll'aiuto dell'enterotomo a branche parallele di Richet. Le fistole *osteopatiche* non domandano una cura particolare in questa regione; il raschiamento e la resezione della porzione di osso malato è la base della cura di queste fistole nelle quali la lesione iniziale è per così dire tutta la malattia.

IV.

FESSURA ANALE

Bourgeois d'Étampes, *Gazette hebdomadaire*, 1856. — Boyer, *Journal complet des Sc. méd.*, 1818. — Blandin, *Bull. de Thèrapeutiqüe*, 1847. — Chassaignac, *Gaz. des hôp.*, 1849 e *Dictionnaire encyclopédique*. — Demarquay, *Archives générales de Médecine*, 1846. — Follin et Duplay, Pathologie externe, t. VI. — Gosselin, *Gazette des hôpitaux*, 1860 e *Clinique de la Charité*. — J. Guérin, *Gazette médicale*, 1844. — Hervez de Chégoin, *Union médicale*, 1847. — Mercier, *Gazette hebdomadaire*, 1857. — D. Mollière, Traité des maladies de l'anus et du rectum. Lione 1878. — Payan, *Journal de Méd. chirurg. et pharmacol. de Bruxelles*, 1844. — U. Trélat, *Clinique chirurgicale*, t. II.

Definizione. — La fessura anale è costituita da un complesso sintomatico particolare che ne fa un'affezione a parte. Due elementi entrano nella sua costituzione: l'esistenza d'un'*ulcerazione fessurata* e di una *contrattura dello sfintere;* il tutto accompagnato da uno *stato doloroso* caratteristico. Per costituire la ragade è necessaria l'associazione di questi due elementi, come Velpeau, pel primo, ha fatto osservare.

Infatti, la contrattura dello sfintere non crea per sè sola la ragade e così neppure la crea l'ulcerazione fessurata. Vi ha di più, tutte le ulcerazioni screpolate non sono suscettibili di dar luogo alla ragade. Infatti, bisogna che questa ulcerazione abbia una sede speciale *nell'interno dello sfintere;* quindi Blandin commetteva un errore dicendo che le fessure sono di tre qualità: *sotto-sfinteriche*, *sopra-sfinteriche* e *sfinteriche* propriamente dette. Soltanto queste ultime esistono in realtà. Bisogna inoltre che questa fessura sia *dolorosa;* delle tre varietà di fessure create da Chassaignac, la fessura *semplice,* la fessura *sifilitica* e la fessura *sfinteralgica,* quest'ultima sola, qualunque ne sia d'altronde la natura, è una fessura anale. Ma perchè certe ulcerazioni screpolate non sono dolorose? E perchè la fessura anale lo è, dal momento che non è di una natura particolare? Ciò dipende dal fatto che, come abbiamo detto, essa risiede a livello dello sfintere, là ove si trova la più ricca distribuzione nervosa, ed anche perchè si accompagna con una contrattura dello sfintere, la quale esagera i dolori di quella. Questa contrattura dello sfintere non è una contusione tetanica, è una serie di contrazioni, di spasmi determinati dalla defecazione; è quindi a proposito della defecazione che il malato prova i dolori della fessura anale.

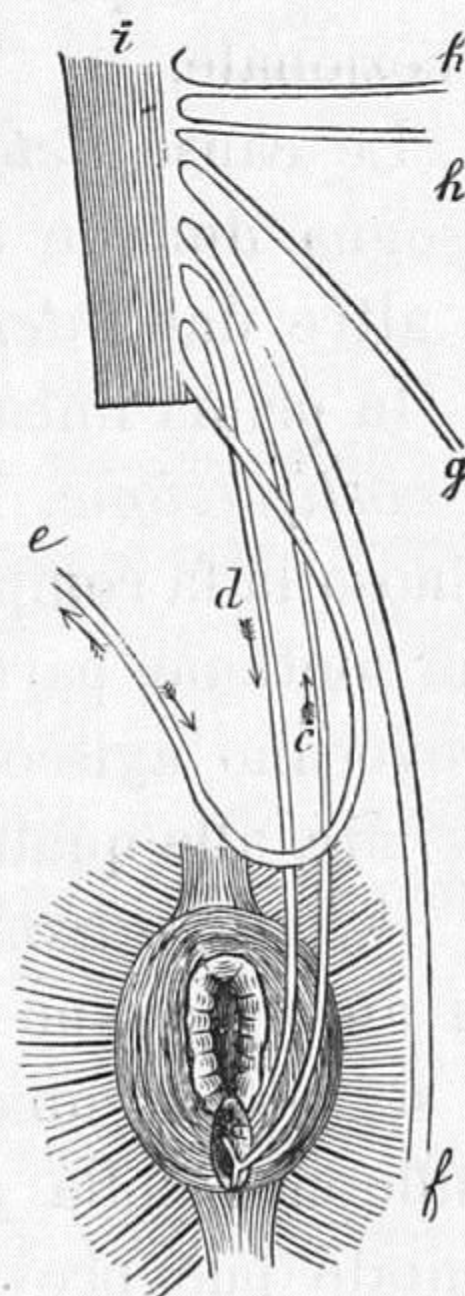
Storia. — Soltanto da un secolo si trova questa affezione ben descritta. Senza dubbio gli autori dell'antichità, Avicenna, Ezio, Albucasis, avevano osservato che certe ulcerazioni piccolissime del contorno dell'ano erano dolorosissime; senza dubbio ancora, e più presso di noi, Sabatier e Lemonnier descrivono delle ulcerazioni situate fra le pliche dell'ano, dolorose e ribelli alla cura; ma tutto questo è molto vago, e sono malevoli coloro che contestano a Boyer la priorità della descrizione della fessura anale. Egli infatti pel primo ha visto che ciò che dà a certe ulcerazioni screpolate l'aspetto particolare della fessura è il fatto che vi si aggiunge uno spasmo dello sfintere. Questo spasmo le dà il carattere doloroso, che perdura e la mantiene, di modo che la fessura è suscettibile di guarire, o cessa di essere dolorosa, vale a dire cessa di essere una vera *fessura anale* quando siasi fatto cessare questo spasmo. Mérat, nel *Dictionnaire en 60 volumes,* non fa che riprodurre il concetto di Boyer e preconizzare il suo modo di cura, l'incisione. Tutti gli autori che vennero dopo hanno sopra tutto insistito sul lato terapeutico della questione.

Fig. 23. — Schema dei rapporti nervosi dell'ulcerazione fessurale col midollo (Hilton). *a*, fessura; *b*, sfintere *c*, nervo centripeto; *d*, nervo centrifugo; *e f g h*, nervi vicini; *i*, midollo.

Tuttavia diciamo che Boyer, sotto l'influenza dell'importanza che egli attribuiva allo spasmo dello sfintere, era giunto a pensare che questa contrattura da sola potesse costituire la fessura, che vi potesse essere *fessura senza fessura;* questa era una esagerazione che Sanson, Blandin, Velpeau ridussero alle dovute proporzioni, mostrando che l'ulcerazione è talora piccolissima, che bisogna cercarla con cura per trovarla, ma che esiste sempre. Chassaignac ritorna con insistenza su questo punto nel *Dictionnaire des sciences médicales;* Gosselin ammette pure la predominanza dell'ulcerazione e dimostra che la contrattura sfinterica è, come dicevamo più sopra, intermittente; al giorno d'oggi, malgrado alcuni oppositori (Guérin, Louvet), quest'opinione è ammessa quasi senza contestazione.

A quest'affezione gli Inglesi, colpiti sopra tutto pel suo carattere doloroso, hanno dato il nome di *irritable ulcer;* essi accettano la patogenesi quale noi la ammettiamo e la spieghiamo secondo Boyer; l'ulcerazione provoca l'irritazione delle estremità nervose: da ciò il dolore; quest'irritazione trasmessa al midollo ritorna sotto forma di eccitazione muscolare per mezzo dei nervi dell'elevatore dell'ano e sopra tutto dello sfintere esterno (Allingham).

Eziologia. — Le cause della fessura anale sono *predisponenti* e *determinanti.*

Le cause *predisponenti* si riferiscono all'*età* ed al *sesso.* Benchè Aubry l'abbia osservata nel bambino lattante, si può dire che la fessura anale non è un'affezione dell'infanzia nè dell'adolescenza. Il rilassamento dei tessuti permette di comprendere come non la si osservi quasi mai nei vecchi. È sopra tutto dai venticinque ai trentacinque anni che è frequente. Essa è ben più frequente nella donna che nell'uomo. Vennero invocate, per spiegare questo predominio nella donna, la

stitichezza più abituale in essa, la finezza più grande della sua pelle, che l'espone di più alle lacerazioni ed alle escoriazioni, infine l'eccitabilità più grande della donna che le fa sentire di più le irritazioni nervose (Follin e Duplay).

Quanto alla frequenza assoluta, essa è grande, poichè Allingham dichiara che la fessura anale rappresenta più di un decimo della cifra considerevole delle affezioni dell'ano che esso ha raccolto.

In una tesi difesa a Strasburgo nel 1861, Sarremone invoca la *ristrettezza congenita* dell'ano come causa predisponente della fessura, e D. Mollière dichiara di dividere questo modo di vedere. Tale influenza, se esiste, è in realtà bene eccezionale.

Le cause *determinanti* sono legate all'esistenza d'un'*ulcerazione screpolata;* bisogna dunque cercarle tra le cause di questa. Le une provengono dall'*esterno*, le altre dall'*interno*.

In prima linea di questi tutti gli autori collocano, con Bretonneau e Trousseau, la *costipazione*. Il bolo fecale troppo duro lacera la filiera anale, troppo voluminoso la fa rompere per sovradistensione, oppure la lede coi piccoli corpi estranei che contiene, particolarmente coi semi di frutta. Per mezzo della stitichezza che provocano agiscono la paralisi od almeno la paresi del retto e le *deviazioni uterine*, alle quali J. Brown e Allingham attribuiscono una considerevole influenza.

Il *traumatismo* sostiene una parte capitale nelle cause d'origine esterna. Tutti gli autori citano il caso di Thibord: una giovane donna fu affetta da fissura anale in seguito ad una lesione prodotta dalla cannula d'una siringa. Si è pure invocata l'influenza della *pederastia* (Hervez de Chégoin). Senza dubbio la sodomia accidentale può provocare delle lacerazioni che diventeranno, se hanno sede in determinati punti, fessure anali, ma la sodomia abituale ha in certo qual modo un effetto contrario alla fessura anale.

Potremmo così prolungare l'enumerazione delle cause determinanti la fessura, dichiarare con Miquel d'Amboise, con Gosselin, che l'erpete, l'eczema, l'intertrigine possono provocarla, con Diday, che un'ulcera sifilitica presso a cicatrizzare può darle origine, con Gosselin ancora che gli scoli vaginali (gravidanza, blennorragia) possono determinarla. È meglio non insistere e dire, come fa prevedere la patogenesi, che qualunque ulcerazione, qualunque ne sia la causa, può essere l'origine della fessura anale; basta perciò che essa, situata nella regione dello sfintere, provochi un'irritazione nervosa, la quale sarà la causa della contrazione spasmodica e del dolore. Per tal modo le emorroidi *(emorroidi escoriate di Gosselin)* ed i polipi (Allingham), il prolasso del retto, il cancro, possono complicarsi colla fessura.

Sintomatologia. — I sintomi della fessura si riferiscono a questi elementi, anatomico, fisiologico e funzionale: l'*ulcerazione*, la *contrattura*, il *dolore*. Le due prime, capitali nella patogenesi, passano nella seconda linea sotto l'aspetto clinico dove il dolore è il fenomeno dominante. Fondandosi sulla intensità variabile di questo dolore Gosselin ha ammesse due varietà: la fessura *tollerante* e la fessura *intollerante;* la prima è più frequente; dopo essere stata lungamente tollerata, la fessura può diventare intollerante.

L'*ulcerazione* esiste sempre, ma è talvolta piccolissima, e se la fessura è intollerante non la si può cercare. Se la fessura è tollerante, se si possono distendere le pieghe dell'ano, si constata a livello di una di esse un'ulcerazione screpolata, sovente superficiale, qualche volta profonda. Questa ulcerazione, fatto degno di nota, risiede quasi sempre all'indietro dalla parte del coccige, inoltre essa è contemporaneamente cutanea e mucosa, corrisponde adunque al margine inferiore dello sfintere stesso, ma è raro che sia abbastanza profonda da interessare le fibre di questo muscolo, contrariamente all'opinione di Jobert di Lamballe e di Henry de Chégoin, che avevano vista nella lesione delle fibre muscolari la causa degli spasmi; quando la fessura è antica, non è raro di osservare alla sua parte superiore una piccola vegetazione paragonabile ad una testa di chiodo, la quale ricopre più o meno l'ulcerazione e fu da Allingham chiamata *clava*. Col tempo, l'ulcerazione può essa stessa indurirsi sui margini (Ashton).

Quest'ulcerazione screpolata è ordinariamente quasi secca, ciò che contribuisce a far sì che non la si riconosca. Tuttavia, senza distendere le pieghe dell'ano, si può trovarla e designarne in qualche modo la sede per mezzo d'una piccola manovra che abbiamo visto usata da Guyon e che ci è sempre riuscita. Messa bene allo scoperto la regione anale, si premono successivamente coll'estremità dell'indice i diversi punti del contorno dell'ano. Questa pressione è dappertutto senza dolore, salvo là ove esiste la fessura, all'indietro nella grande maggioranza dei casi.

La *contrattura* accompagna necessariamente l'ulcerazione perchè vi sia fessura; infatti, succede frequentemente di trovare sia nel margine dell'ano, sia nel retto, delle ulcerazioni screpolate e *dolorose*. Blandin si era persino valso di questa circostanza per creare le sue tre varietà di fessura. Ma per quanto dolorose siano queste ulcerazioni, esse non hanno l'impronta clinica della fessura all'ano, perchè vi mancano gli spasmi dello sfintere. Questi variano secondo che si tratta della fessura tollerante o della fessura intollerante. In questa si ripetono quasi senza interruzione, in quella sono *intermittenti* e vengono risvegliati e provocati, sia dalla mancanza di pulizia locale, sia dall'esplorazione rettale, sia sopra tutto dalla defecazione. Suscitati dalla defecazione, non sono nell'atto stesso spinti al loro acme, che raggiungono solo dopo alcuni minuti, per scemare ancora e sparire fino a nuova defecazione. Questo spasmo si riconosce coll'esplorazione rettale, che anche nel sonno cloroformico, fa sentire la strettura della filiera anale; si potrebbe, secondo Ashton e D. Mollière, constatarlo *de visu*, perchè durante la crisi dolorosa l'ano, da infundibuliforme diventa piano o sporgente. Quest'ultimo fenomeno ha maggior valore, perchè permette di riconoscere la contrattura quando, in causa della crisi, l'esplorazione rettale sarebbe impraticabile.

Nella fessura intollerante, la più piccola causa, un movimento, uno sforzo, un gas, un accesso di tosse, uno sternuto, risvegliano gli spasmi. Lo sfintere è costantemente allo stato di « vigilanza » (Guyon).

Secondo Allingham, queste contrazioni ripetute dello sfintere provocano una ipertrofia muscolare, e secondo Serremone, la contrattura può, in capo ad un certo tempo, provocare una retrazione muscolare come si osserva nei muscoli lungamente immobilizzati. Abbiamo visto che Boyer pel primo ha dimostrato

l'importanza di questa contrattura spasmodica. Gosselin trova che Boyer ha esagerato e che all'infuori di spasmi provocati dalla defecazione o da tutt'altra causa, il muscolo ha la sua tonicità normale, opinione che è difficilmente ammessibile.

Il dolore ha un'intensità molto variabile. Nelle varietà tolleranti, il malato prova dopo la defecazione un senso di peso, di bruciore, un calore doloroso che dura dieci minuti, un quarto d'ora, un'ora talvolta, ma che è abbastanza moderato perchè il malato non sia obbligato ad arrestarsi. Se si fa l'esplorazione rettale, il malato prova le stesse sensazioni, ma se si molesta l'ulcerazione screpolata, si vedono subito comparire gli spasmi nello stesso tempo che si sveglia un vivo dolore.

Nella fistola intollerante, questo dolore è sempre molto accentuato, diventa atroce al momento delle *esacerbazioni*, e talvolta è tale che sopravviene una sincope. I malati immaginano ogni specie di paragone per ispiegarlo, gli uni lo paragonano al passaggio d'un ferro rovente, gli altri ad una pinzetta che serri le carni, altri ad una costrizione con stritolamento, ecc. Questo dolore si localizza all'ano con delle irradiazioni verso la vescica (*spasmi vescicali* con emissione di orina nella donna), verso l'utero (*coliche uterine*), verso l'uretra nell'uomo (*restringimenti spasmodici*, ritenzione), verso il perineo, i lombi, il bacino.

Questo dolore nasce colla defecazione, ma diminuisce un poco dopo questa, poi riprende più violento, e raggiunge in una, due ore e più il suo massimo di intensità per decrescere in seguito. Aucler ha cercato di spiegare questo fatto mediante una flussione lenta e graduale che la defecazione produce, ma che richiede qualche tempo per raggiungere il suo massimo.

Ricordiamo che talvolta si osservano al momento della defecazione delle piccole emorragie.

A questi fenomeni *locali* si aggiungono dei fenomeni *generali*, che si comprendono molto facilmente. Il malato, conoscendo il supplizio che l'attende al momento della defecazione, e sopra tutto in seguito ad essa, cerca di ritardare finchè gli è possibile questo penoso momento, si trattiene il più lungamente che può ed aumenta così una stitichezza poco favorevole all'attività delle funzioni digestive, quindi l'appetito diminuisce; ben lontano dal lagnarsene, il malato evita di mangiare, deperisce, lo stato generale si altera, prende l'aspetto del cloro-anemico, il suo morale si accascia, sopravviene l'ipocondria che talora lo conduce al suicidio.

Decorso - Durata - Esito. — L'affezione può guarire spontaneamente per cicatrizzazione dell'ulcera e cessazione degli spasmi; ciò è raro. Il più delle volte soltanto la cura può procurare la guarigione; questa è imperiosamente richiesta quando la fessura è *intollerante*, può essere procrastinata quando la fessura è tollerante. Si vedono dei malati conservare questa fessura senza modificazioni per mesi, anche per anni, ma può sopravvenire lo stato intollerante che abbrevierà facilmente la durata.

Prognosi. — È sempre seria, poichè l'affezione non ha tendenza a guarire da sè stessa e può dar luogo a disturbi generali gravi ed all'ipocondria.

Diagnosi. — Il quadro sintomatico della fessura all'ano è così caratteristico che è difficile non riconoscerlo. La maggior parte degli errori di diagnosi sono dovuti a ciò che non si è tenuto sufficientemente conto e di quanto riferisce il malato e dei fenomeni locali.

I dolori che tengono dietro alla defecazione e si esagerano con essa, l'esistenza d'un dolore nettamente localizzabile colla palpazione del contorno dell'ano bastano infatti a stabilire la natura del male. Si è voluto ricercare l'ulcerazione e si ricorse per questo a diversi mezzi, come il rovesciamento della mucosa, coll'aiuto d'un pallone in caoutchouc (Chassaignac), di pinzette uncinate, di strumenti speciali, o più semplicemente invitando il malato a spingere mentre che si distendono le pieghe dell'ano. Questi mezzi d'esplorazione sono impraticabili quando la fessura è intollerante; in tal caso si arriva sotto il cloroformio a praticare l'esame, ma non si evita al malato la crisi terribile che l'attende allo svegliarsi. Nel caso in cui la fessura è tollerante, simili esplorazioni sono per lo meno inutili; vi sarà sempre tempo, nel corso della cura, di fare la ricerca della ragade per curarla immediatamente.

Sarà facile, grazie all'assenza di spasmi, distinguere le ulcerazioni anche dolorose, le ragadi veneree della regione anale, dalla fessura propriamente detta, perchè, come abbiamo già sovente ripetuto, non sono i caratteri dell'ulcerazione per sè stessa che indichino la diagnosi. Quanto alla nevralgia anale o *proctalgia*, essa ha i caratteri di intermittenza, d'irregolarità proprii a tutte le nevralgie, non si accompagna nè con ulcerazione, nè con una contrattura, non è per nulla influenzata nè dalla defecazione, nè dall'esplorazione rettale che niente impedisce di praticare.

Riconosciuta la fessura, sarà facile col solo interrogatorio sapere se è *tollerante* od *intollerante;* ma bisognerà ricercarne la *causa*, e pensare alle *complicazioni.* Il semplice esame farà vedere se esistono emorroidi, l'esplorazione vaginale permetterà di riconoscere una deviazione uterina, e basterà ancora l'ispezione per riconoscere una leucorrea vaginale. Quanto alle lesioni *vescicali* e *prostatiche*, esse possono accompagnare la fessura anale e complicarla, e qualche volta vennero confuse con questa. Tuttavia quando esistono isolatamente, se si ripercuotono sull'ano, ciò avviene sotto forma di premiti, di tenesmo, ben diversi dal quadro della fessura; esse possono provocare il prolasso, le emorroidi, ma non suscitare direttamente quest'affezione.

Infine non converrà ascrivere ad una grave affezione i disturbi generali che possono accompagnare la fessura all'ano; basterà perciò non lasciarla passare inosservata e tener conto dei disturbi da parte dell'ano che possono essere rivelati dall'interrogatorio d'un malato affetto da uno stato clorotico, da un deperimento che niente sembra spiegare all'infuori di questi sconcerti ano-rettali.

Cura. — I mezzi che sono stati impiegati per guarire la fessura anale sarebbero considerevoli se volessimo passare in rivista tutto quanto si è fatto contro quest'affezione, sopra tutto prima che fosse ben conosciuta. Volendo limitarci al periodo che va da Boyer all'epoca attuale, troviamo ancora una grande variabilità di mezzi terapeutici. Questi mezzi possono essere raggruppati sotto il titolo di mezzi *medici* e di mezzi *chirurgici.*

Nel numero dei mezzi *medici* collocheremo subito i *lassativi,* poichè il malato soffre sopra tutto al momento della defecazione e le feci sono sempre più o meno dure in causa della costipazione. Gerdy preconizzò questo metodo all'Accademia di Medicina nel 1851 e pretendeva ottenere quasi sempre la guarigione. Moreau, Boinet, Plouviez, e sopra tutto Cayenar (di Bordeaux) hanno ugualmente vantato questo mezzo, e non dissentono che sul purgante da usare. Dupuytren somministrava volentieri l'olio di ricino, come Trousseau, che aggiungeva tuttavia ai lassativi il metodo degli astringenti.

Trousseau, secondo il modo di vedere del suo maestro Bretonneau, aveva pensato che la costipazione fosse la causa principale della fessura, e che questa costipazione fosse dovuta ad uno stato di paralisi della tonaca muscolare dell'ampolla rettale. Cercava dunque di reagire contro questa paralisi coll'uso di *astringenti,* clisteri coll'estratto di *ratania,* di *monesia,* o col *solfato di rame.* Esso ottenne così delle guarigioni, ma è probabile che non si trattasse di vera fessura, perchè parla anche dell'introduzione di stuelli spalmati di cerotto di ratania, ciò che sarebbe poco praticabile con una vera fessura anche tollerante. Payan e Thiry (di Bruxelles) hanno tuttavia pubblicato dei casi di guarigione dovuti a questo metodo degli astringenti e che sembrano riferirsi a vere fessure.

Si comprende agevolmente che si sia pure ricorso ai *narcotici.* Chapelle (di Angoulême) introduceva degli stuelli imbevuti di alcool e cloroformio, e ottenne delle guarigioni; si trattava di vere fessure? È permesso dubitarne quando si parla d'introduzione di stuelli nell'ano.

Vennero usate sopra tutto le preparazioni di belladonna, in pomata ed in suppositori. Secondo Copeland, Graham (di Sterling) ne ebbe pel primo l'idea e Dupuytren ne volgarizzò l'uso. Si sono pure impiegati gli oppiacei. Questi mezzi sono inefficaci o incerti, non possono essere che un adiuvante che agisce per attenuare i dolori.

Non faremo che citare i tentativi di *isolamento* fatti da Trousseau e da alcuni altri medici, cercando d'impedire con pomate, con glicerina il contatto delle materie colla filiera anale. Gossement consigliava allo stesso scopo ai malati di afferrare lo sfintere colle dita, e Cazenave (di Bordeaux) aveva immaginato uno strumento che il malato doveva, prima della defecazione, introdursi nel retto!

A lato dei narcotici e degli analgesici, collocheremo le abluzioni locali, calde e fredde, i semicupi, i suffumigi caldi che hanno potuto, in alcuni casi, produrre un miglioramento.

In realtà, i mezzi medici, senza alcuna efficacia nelle fessure intolleranti, possono avere qualche vantaggio sulla fessura tollerante. Sotto questo punto di vista, i lassativi, i narcotici e gli emollienti possono, se la lesione è recente, produrre la guarigione. Ma all'infuori di queste condizioni, bisogna ricorrere ai *mezzi chirurgici.* Questi comprendono ugualmente parecchi metodi; i quattro principali sono: l'*incisione,* l'*escisione,* la *cauterizzazione* e la *dilatazione.*

1° L'*incisione* è il metodo immaginato da Boyer, e che questo chirurgo istituì contro lo spasmo di cui aveva messo in evidenza l'importanza. Egli pensò che il miglior mezzo di far cessare questo spasmo era quello di sezionare la totalità dello sfintere; sopra il dito introdotto nel retto, faceva scorrere un bistori botto-

nuto, e sezionava a livello delle screpolature, d'un sol colpo, « le membrane intestinali, gli sfinteri, il tessuto cellulare ed i tegumenti ». Quando la costrizione è estrema, occorrono « due incisioni simili, l'una a destra, l'altra a sinistra e quando la screpolatura è situata all'avanti ed all'indietro, non la comprende nell'incisione ».

Questo metodo dell'incisione completa soddisfa esattamente all'indicazione, ma costituisce una grande operazione che espone all'emorragia immediata, all'infiammazione delle fosse ischio-rettali, agli accidenti infettivi, all'incontinenza delle materie fecali, che è, in ogni caso lunga a guarire. Quindi, riconoscendo questi inconvenienti, i chirurghi posteriori a Boyer hanno cercato di fare l'*incisione parziale*. Dupuytren in Francia, e Copeland in Inghilterra, mostrarono che si poteva ottenere un risultato terapeutico del pari soddisfacente non incidendo che la mucosa. Laugier sostenne la stessa opinione. Secondo Curling, Ashton, Brodie, Syme, bisogna aggiungere alla lesione della mucosa, l'incisione delle fibre più superficiali dello sfintere. Allingham, al contrario, senza fare l'incisione totale di Boyer, dichiara che per ottenere l'immobilità dello sfintere bisogna tagliarlo profondamente.

L'incisione parziale, quantunque in grado minore, espone agli stessi pericoli dell'incisione totale; crea una larga ferita che si troverà in contatto colle materie fecali e col lume intestinale; se espone meno all'incontinenza, espone altrettanto all'emorragia ed agli accidenti infiammatori.

La volgarizzazione del metodo delle incisioni sotto-cutanee ha dato origine ad un altro processo d'incisione seguito dapprima da Jules Guérin a Parigi, e da Brachet a Lione, verso il 1840, cioè alla sezione *sotto-mucosa dello sfintere*, di cui Demarquay tracciò la tecnica operatoria 6 anni più tardi negli *Archives générales de Médecine*. Demarquay si serviva del tenotomo ordinario e Blandin adoperava uno strumento che egli aveva immaginato a questo scopo.

Questa sezione ha dato dei buoni risultati terapeutici, ma ha provocati anche degli accidenti infiammatori, ciò che è facile comprendere in un'epoca in cui la antisepsi non era neppure sognata; in alcuni casi, è stata l'origine di emorragie interstiziali e di trombosi, che non ha fatto che esagerare lo stato doloroso (Blandin), e Gosselin ha visto due volte l'operazione fallire sotto il punto di vista della guarigione della fessura (1847).

Accanto alle sezioni incomplete possiamo mettere le *sezioni multiple superficiali* impiegate da Vidal de Cassis e da Jobert de Lamballe. Queste incisioni non costituiscono un progresso; infatti il successo non dipende dal numero delle incisioni, ma dalla profondità di una di esse almeno. Grazie a queste profondità sufficienti esse hanno potuto produrre delle guarigioni; all'infuori di questa condizione, meritano i rimproveri vituperanti che Chassaignac rivolgeva all'incisione doppia.

2° L'*escisione* venne immaginata da Jobert de Lamballe; essa consiste nel togliere mediante abrasione la ragade, onde far cessare gli spasmi di cui è il punto di partenza; è una riproduzione più chirurgica del vecchio processo di raschiamento della fessura con l'unghia. Sédillot condannò questo processo, e Chassaignac lo dichiara *inintelligente*, e tuttavia Jobert de Lamballe ha ottenuto dei successi; ma non bisogna dimenticare, per giudicare il suo metodo, che l'escisione era sempre preceduta dalla dilatazione.

3º Egualmente allo scopo di sopprimere la causa originale degli spasmi, e di fare ad un tempo la sezione dello sfintere senza aver da temere l'emorragia, si pensò di ricorrere alla *cauterizzazione.*

J. Guérin propose il ferro rovente, Béclard impiegò il nitrato d'argento, Cloquet il nitrato acido di mercurio. Mercier preconizzò il caustico di Vienna solidificato, proteggendo le parti circonvicine all'ulcerazione con un *gorgeret.* Malgrado i successi ottenuti da questi operatori, malgrado quelli che Bourgeois (d'Étampes) dichiara di aver ottenuto egli stesso col nitrato d'argento senza dimostrarli, questo metodo ebbe pochi partigiani, e Richard, Sédillot, Velpeau, Vidal de Cassis lo condannarono assolutamente come dolorosissimo, ed il più sovente inefficace.

4º Arriviamo infine alla *dilatazione.* Questo metodo è fondato su questa nozione banale, che la dilatazione fa cessare la contrazione dei muscoli circolari. La dilatazione è *graduale, lenta* o *rapida* e *forzata.*

La dilatazione graduale è stata impiegata molto anticamente; la si praticava allora con sonde e sopra tutto con stuelli gradatamente più grossi. Béclard vi ricorse associandovi la cauterizzazione; Marjolin, Dubois, Richerand presso di noi, e Copeland in Inghilterra, impiegarono gli stuelli. Velpeau, che ne fece pure uso, riconobbe che la loro introduzione è causa di vivi dolori, e Chassaignac ha giudicato questo processo, dicendo « che esso deve essere rigettato ».

Récamier pel primo ebbe l'idea di sostituire alla dilatazione graduale la dilatazione *estemporanea* o brusca; egli faceva una specie di massaggio dell'ano, introducendo le dita nell'ano che dilata, nello stesso tempo che, serrando con forza lo sfintere, lo schiaccia. Maisonneuve introduceva un dito, poi due, poi tre, poi tutte le dita, la mano intiera, chiudeva allora il pugno e lo ritirava senza aprirlo; faceva dunque una dilazione brusca in luogo del massaggio o dilatazione *cadenzata* di Récamier. Nélaton raccomandò d'introdurre i due pollici e di allontanarli trasversalmente sino agli ischi. Chassaignac fa le lodi di questa dilatazione brusca, e Gosselin vi ricorse malgrado la poca importanza che egli tendeva ad attribuire alla contrazione dello sfintere; egli consigliava di procedere come Nélaton, sostituendo ai pollici gli indici.

Questo metodo, poco conosciuto in Inghilterra, condannato dietro Esmarch in Germania, ha preso presso di noi uno sviluppo tale che è per noi il metodo di elezione per eccellenza. Il suo *modus faciendi* si è d'altronde migliorato. Attualmente lo si pratica sotto il cloroformio, il che evita al malato l'orribile dolore della dilatazione brusca, dolore che conduce facilmente alla sincope. Alcuni chirurghi hanno fatto osservare che questa tendenza alla sincope esisteva anche sotto il cloroformio, e che poteva durante l'anestesia rivestire una gravità più grande, perciò rifiutano di far uso del cloroformio. Noi non potremmo sottoscrivere a questo modo di vedere; con un cloroformio puro e ben somministrato, nessun pericolo è seriamente da temere. Infine, alla dilatazione colle dita, brusca e brutale, venne sostituita la dilatazione forzata, progressiva, coll'aiuto di strumenti dilatatori. Valette e Desgranges di Lione si servirono dello *speculum* di Ambrogio Parè, Verneuil dello *speculum* ordinario, Trélat infine dello *speculum* speciale che ha fatto costruire con questo scopo preciso della dilatazione anale.

L'operazione è semplicissima; il malato viene addormentato e collocato nella posizione detta *all'inglese.* Lavata, rasa, e largamente spalmata di vaselina la regione anale, viene lo specolo introdotto e progressivamente aperto sino a che le valve tocchino gli ischi. Quindi si introduce nell'ano un batufolo di garza jodoformizzata spalmato di vaselina, e si provocano alcuni giorni di costipazione cogli opiacei. Il decorso ulteriore è semplice, il dolore è minimo al risvegliarsi del malato, il batufolo non provoca più gli spasmi dello sfintere ridotto all'impotenza; la perdita di sangue che accompagna l'operazione è insignificante. Durante il riposo dello sfintere la fessura guarisce, e quando il muscolo ha ricuperato la sua tonicità, la causa dei disturbi è scomparsa.

Questo metodo non offre che dei vantaggi, e Trélat in modo particolare se ne è mostrato partigiano convinto; d'altronde questo metodo, ad un tempo rapido, inoffensivo e sicuro, presentemente da noi ha abbattuto tutti gli altri, ed è per eccellenza quello d'elezione nella cura della fessura anale.

Abbiamo detto che quando esiste una fessura anale, bisogna subito e sopra tutto curarla, ma ciò non basta, bisogna ancora prevenirne la recidiva rivolgendosi alla causa che l'ha provocata la prima volta.

CAPITOLO V.

VIZI DI CONFORMAZIONE DELL'ANO E DEL RETTO

L'ano e il retto formano un condotto che va dall'epiblasta all'ipoblasta, dalla pelle, tegumento esterno, alla mucosa intestinale, tegumento interno. Lo sviluppo di questo condotto si fa secondo leggi regolari, ora ben conosciute, dopo i lavori di Mathias Duval, di Cadiat, di His, di Hermann, ecc. Raramente queste leggi falliscono; ma, quando succede un errore qualsiasi nel decorso del processo embriologico, ne risulta un vizio di sviluppo, un'anomalia congenita più o meno completa, di cui i dati embriogenici ci spiegano bene le disposizioni e le varietà.

Senza fare una storia particolareggiata dello sviluppo ano-rettale, è indispensabile mostrarne le fasi principali. È questo un preambolo necessario all'esposizione chiara del soggetto.

O. Cadiat, *Anatomie générale*, t. I. — Mathias Duval, *Atlas d'embryologie.* — Debierre, *Manuel d'embryologie humaine et comparée.* Parigi 1886. — Jeannel, Essai sur la pathologie des malformations de l'anus et du rectum; *Revue de Chirurgie*, 1887, pag. 190.

Prima del fatto dell'incurvamento da cui risulta il cappuccio caudale (dodicesimo giorno) si osserva una depressione ectodermica sotto-caudale che solleva il mesoderma. Al fondo di questa depressione comparirà l'ano primitivo. Una sporgenza, un cercine si produce nell'endoderma in faccia di questa depressione ectodermica: questo è il cercine allantoideo.

Al davanti di questo cercine, l'endoderma forma una depressione che diventerà la vescicola allantoide, e all'indietro un'altra depressione che diventerà il retto e l'intestino post-anale. Lo sviluppo della vescicola allantoide dà la chiave dello sviluppo di tutta la regione.

La figure qui unite, tolte dal Cadiat, dimostrano in che ciò consista. Si vede come l'allantoide si invagina nella cavità pleuro-peritoneale. Nella fig. D, le due lamine

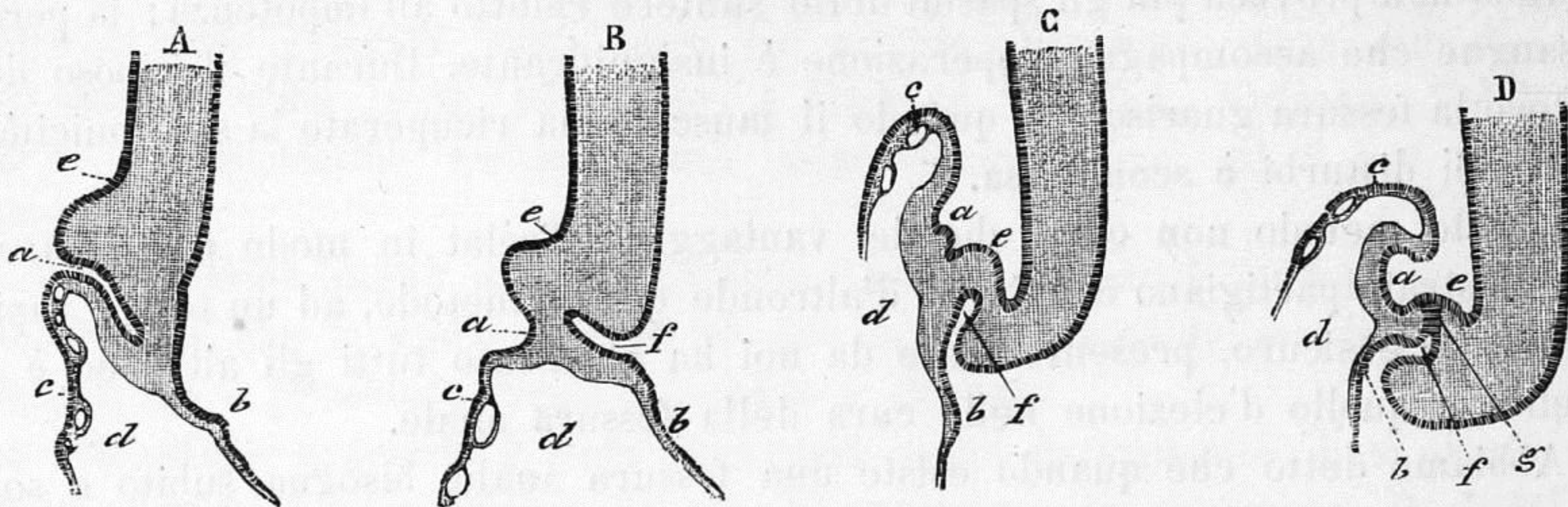



Fig. 24. — Sviluppo dell'allantoide. Sezioni longitudinali di embrioni di età di più in più avanzata, da A a D. — *a*, depressione del foglietto interno destinato a formare l'allantoide. — *e*, depressione intestinale o rettale. — *b*, lamina fibro-amniotica. — *c*, lamina fibro-intestinale. — *d*, cavità pleuro-peritoneale. — Da A in C si vede il ripiegamento progressivo dell'estremità inferiore. — *f*, depressione sotto-caudale che deve dare *g*, l'epitelio cloacale od anale, che si unisce all'epitelio intestinale nella fig. D.

indicate con *b* e *c* rappresentano i due foglietti che limitano la cavità pleuro-peritoneale. Essi portansi in avanti nell'atto del ripiegamento dell'estremità caudale.

La figura seguente mostra l'allantoide formata e nello stesso tempo lo sviluppo della cloaca. È questo un punto che pare bene stabilito da Cadiat: il bottone epiteliale esterno si unisce coll'epitelio intestinale ed allantoideo, ed una volta operata la riunione, non si stabilisce alcuna linea di delimitazione tra lo strato epiteliale che tappezza l'allantoide e quello della cloaca. Ingrandendo, l'allantoide riceve gli elementi della sua mucosa tanto dal foglietto esterno che dal foglietto interno.

Fig. 25. - Unione dell'ectoderma e dell'endoderma in corrispondenza della cloaca in un embrione di pollo; prima metà del terzo giorno. *a*, cavità comune all'intestino ed all'allantoide. — *b*, bottone cloacale del foglietto esterno. *c*, pareti dell'allantoide. — *d*, cavità allantoidea. — *e*, amnios ed endoderma riuniti. — *f*, foglietto interno.

Mentre l'allantoide sotto l'influenza dell'incurvamento dell'embrione, si raddrizza e passa davanti all'estremità inferiore del fondo cieco terminale dell'intestino od adito posteriore, l'intestino post-anale si atrofizza. Da questo momento, resta in questa regione una grande cavità che sarà la vescica, comunicante largamente con una cavità collocata all'indietro, che diventerà il retto. Queste due cavità sono separate da ciò che sarà ben presto lo sperone perineale.

La cavità comune nella quale sboccano il retto e la vescica forma la cloaca intestinale o superiore. Questa cloaca comunica coll'esterno per mezzo dell'apertura dell'ano primitivo.

Al fondo della cloaca interna si aprono l'intestino ed il seno uro-genitale, il qual seno uro-genitale non è altro che il peduncolo stesso dell'allantoide.

I canali ed i corpi di Wolff compaiono di buon'ora, prima della stessa allantoide. Essi mettono capo a ciascun lato della cloaca intestinale a livello dello

sperone che separa il retto dall'allantoide. I condotti di Müller emanati dall'epitelio germinativo vengono a finire nel seno uro-genitale al di dentro dei canali di Wolff più vicino alla linea mediana. Gli ureteri si sviluppano a spese dei canali di Wolff per metter capo più tardi isolatamente nella vescica.

Si vede che a questo periodo la cloaca interna ed intestinale comunica colla vescica, cogli ureteri, coi condotti di Wolff e di Müller, e si comprende che cosa produca un arresto dello sviluppo in questo periodo. Questo primo stadio dell'embriogenesi dell'ano e del retto termina alla fine della sesta settimana. Verso il 35° giorno, si sviluppa il solco genitale o la cloaca interna, poi si riuniscono le due cloache. Esiste da questo momento un canale di escrezione unico e comune agli orifici dell'intestino, della vescica e degli organi genitali interni. Questo stato, permanente negli uccelli, è transitorio nei mammiferi. La separazione della cloaca si produce ben presto a spese dello sperone retto-allantoideo.

Le pareti dello sperone si allungano in maniera da dividere la cavità in docciatura anteriore uro-genitale e docciatura posteriore o rettale. Quando lo sperone è disceso abbastanza da sfiorare il fondo del solco uro-genitale, le due docciature sono diventate canali; collo ispessirsi dello sperone dall'avanti all'indietro, gli orifici rettale e genitale si allontanano e si costituisce il perineo.

Insomma, tre periodi embriogenici distinti possono dar luogo a tre gruppi ugualmente distinti di deformazioni:

1° Nei dodici primi giorni, comparsa dell'allantoide, formazione della cloaca intestinale, sbocco dei canali di Wolff e degli ureteri che ne dipendono nei corni laterali;

2° Più tardi, sino al 45° giorno, sviluppo ectodermico cloacale, apertura dell'ano primitivo, sbocco dei canali di Müller nel seno uro-genitale, sbocco isolato degli ureteri nella vescica, formazione della cloaca esterna;

3° Dopo il 45° giorno, separazione della cloaca, che continua a delinearsi, si compie e si perfeziona sino al quarto mese; nella quattordicesima settimana, saldamento della fenditura o del solco genitale dall'indietro all'avanti, formazione dell'ano e del perineo.

Questa divisione cronologica permette di comprendere in una classificazione patogenetica le diverse varietà di deformazioni descritte dagli autori, in particolare da Trélat e da Duplay, varietà che sono le seguenti:

1° I restringimenti dell'ano e del retto;

2° Le imperforazioni od atresie dell'ano e quelle del retto;

3° L'assenza di ano, quella del retto più o meno completa con o senza traccia di ano;

4° Le comunicazioni anormali patologiche.

Quest'ultima classe non trova la sua spiegazione nella patogenesi; noi non dovremo per conseguenza occuparcene.

Le tre prime varietà sono quelle che abbiamo da descrivere. Ci sarà facile sovrapporre la nostra descrizione patologica sulle fasi dell'embriologia precedentemente escusse. Avremmo allora delle deformità corrispondenti al primo, al secondo ed al terzo periodo dello sviluppo, cioè:

1° Nel primo periodo, assenza del retto, fistola intestino-vescicale, ano primitivo aperto nell'allantoide, mancanza di ano;

2º Nel secondo periodo, assenza della porzione inferiore del retto e dell'ano, assenza dell'uretra, persistenza della cloaca esterna, combinazione colle deformità del primo periodo;

3º Nel terzo periodo, comunicazioni anormali del retto, uretrali o vescicali; assenza dell'ano, sbocchi anormali, ano peniano, ano vulvare, restringimento dell'ano e del retto.

Seguendo alla lettera l'ordine sopra esposto, noi ci esporremmo a ripetizioni. È meglio allontanarsi un momento dall'ordine cronologico che presiede a queste deformazioni ed adottare una classificazione convenzionale che comprenda la storia di tutti i casi. L'embriogenesi non vi perderà nulla e la chiarezza di questo capitolo sarà maggiore.

Descriveremo dunque in quattro capitoli distinti:

I. L'assenza dell'ano e del retto;
II. Gli sbocchi anormali dell'ano e del retto;
III. Le imperfezioni dell'ano, le obliterazioni del retto;
IV. I restringimenti dell'ano e del retto.

Le opere seguenti potranno servire utilmente a completare la nostra descrizione.

Petit (J.-L.), Remarques sur différents vices de conformation de l'anus que les enfants apportent en naissant; *Mém. de l'Académie royale de Chir.*, t. I, pag. 317. Parigi 1743. — Goyrand (C.), De l'imperforation de l'anus; *Journ. hebd.*, t. III, pag. 245, 1834. — Dello stesso, Études pratiques sur l'atrésie et les malformations de l'anus et du rectum; *Journ. hebdom.*, pag. 509 e seg. — Bouisson, Des vices de conformation de l'anus et du rectum. Tesi di concorso di Parigi, 1851. — Giraldès, art. Anus nel *Dict. de Jaccoud.* — Trélat, art. Anus nel *Dictionn. de Dechambre.* — Follin et Duplay, *Traité de pathol. externe*, t. VI.

I.

ASSENZA DELL'ANO E DEL RETTO

L'ano può mancare completamente; può anche mancare ogni traccia del solco intergluteo. In questo caso il retto può essere completamente sviluppato e vicinissimo alla pelle, ma può anche mancare per una estensione più o meno grande, od essere la sede d'una comunicazione anormale.

Che diventa lo sfintere anale? Goyrand, nel notevole lavoro che ha pubblicato a questo riguardo, considera con ragione nello sfintere anale due parti distinte: una parte interna che fa seguito alle fibre muscolari dell'intestino, una parte esterna sotto-cutanea che si stacca dal coccige per venire a circondare l'ano.

L'assenza dell'ano ha per conseguenza necessaria la scomparsa dello sfintere esterno, mentre lo sfintere interno esiste ancora, più o meno modificato.

Blot, Buisson, Patridge hanno persino constatato l'esistenza completa dello sfintere in un buon numero di casi, quelli cioè nei quali l'imperforazione è dovuta alla presenza d'un semplice velo cutaneo nel solco intergluteo. L'anomalia è in qualche modo ridotta allora alla più semplice espressione; l'ano non fa difetto, vi manca soltanto una piccolissima parte delle sue pareti.

Come l'ano, il retto può mancare del tutto od in parte. Il tubo ano-rettale può non esistere; ha allora la disposizione rappresentata nella fig. 26.

Ruysch ha visto due bambini che presentavano quest'anomalia completa; altre volte l'ano è anormale o quasi, ma al disopra di esso il tubo rettale fa difetto; il fondo cieco dell'intestino termina all'angolo sacro-vertebrale, al quale aderisce più o meno strettamente con tratti fibrosi.

Contemporaneamente al retto, può mancare la *S* iliaca. Un bambino studiato da Binninger aveva un tubo intestinale che terminava alla fine del colon con un cingolo muscolare. D'altronde, non solamente la *S* iliaca, ma il crasso per intiero è qualche volta completamente arrestato nel suo sviluppo.

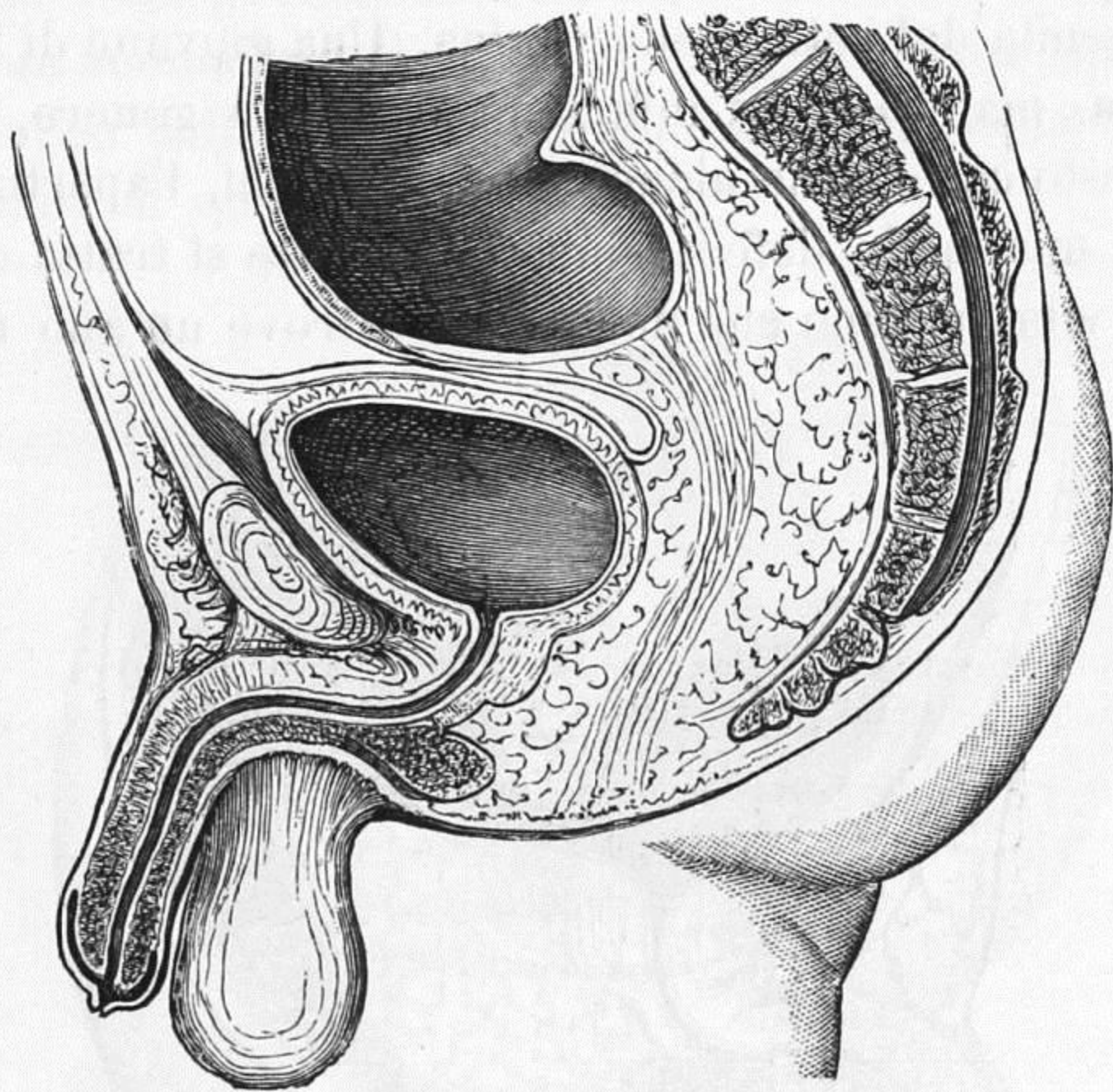



Fig. 26. — Assenza d'ano.

I rapporti che offre, nei casi d'assenza del retto, l'estremità inferiore del tubo digerente colle parti circostanti, sono interessanti a conoscere. Sovente, questa estremità dilatata viene ad appoggiarsi alla vescica od all'utero aderendovi; qualche volta, scendendo dietro all'utero, aderisce alla parete vaginale. Non è nemmeno raro di constatare delle aderenze anormali collo scheletro ristretto, viziato nel suo sviluppo. Questi sono dei fatti variabili per ogni caso particolare, la cui concezione è tanto facile quanto è inutile lo insistervi maggiormente.

Come si comporta la sierosa peritoneale nei casi di cui parliamo? Questa sierosa può discendere più basso dell'estremità del tubo digerente e coprire il cordone fibroso che sostituisce il retto e l'ano assenti. Di qui il pericolo, grande ancora oggidì, di aprire il peritoneo andando alla ricerca della cavità intestinale per la via perineale. Un malato di Forget, rischiò d'essere vittima di questo accidente, e Giraldès racconta che un'infermiera amministrando con brutalità un clistere ad un bambino operato d'un ano artificiale, perforò lo sfondato peritoneale, ed uccise il malato.

La ferita della sierosa è dunque sempre possibile nei casi d'intervento; ma è giustizia aggiungere che presentemente, colle precauzioni antisettiche, la gravità di questo accidente diminuisce estremamente fra le mani d'un chirurgo esperto.

II.

COMUNICAZIONI ANORMALI

Gli sbocchi anormali del retto dipendono da uno sconcerto nello sviluppo della cloaca retto-allantoidea o cloaca interna. Quest'organo può sboccare nella vagina, nell'uretra, nella vescica.

L'apertura nella vagina è la più frequente; essa è perfettamente compatibile colla vita, e Morgagni riferisce la storia d'un'ebrea che morì a cento anni con una comunicazione congenita del retto nella vagina. Una giovane di 22 anni, osservata da Ricord, adempiva, malgrado un'infermità di questo genere, a tutte le funzioni del suo sesso. In questo caso, ed in alcuni altri analoghi, l'apertura era abbastanza larga da permettere una facile defecazione. Altre volte si tratta d'un semplice foro incompatibile colla vita, a meno che non esista altrove un ano normale.

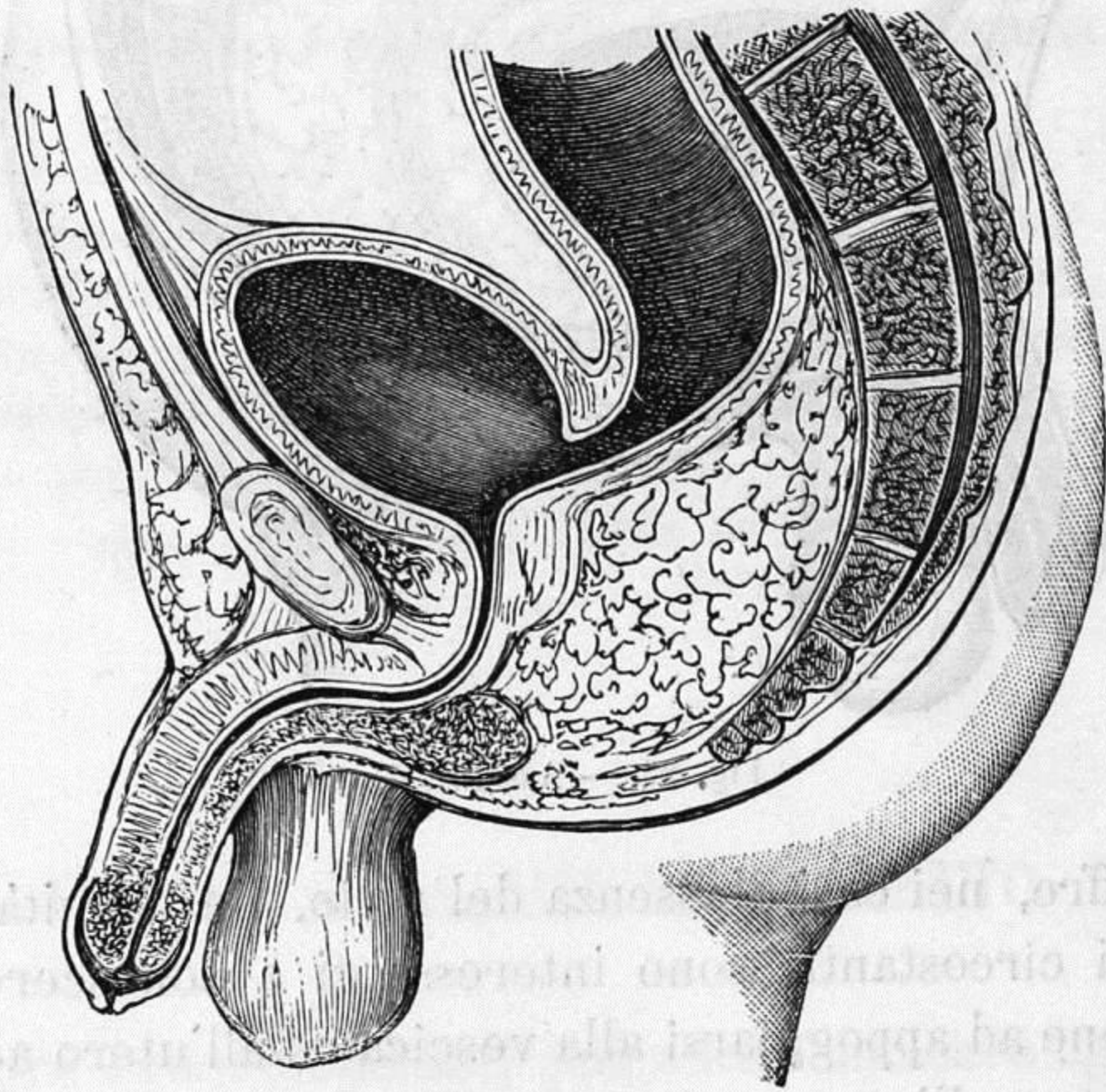



Fig. 27. — Sbocco vescicale.

Nella donna, l'apertura del retto nell'uretra è estremamente rara; al contrario, nell'uomo, quest'anomalia è stata osservata abbastanza frequentemente. Essa ha sede sempre nella porzione prostatica o membranosa del canale.

La comunicazione si fa comunemente per mezzo d'uno stretto orifizio che va più o meno direttamente dall'uretra al retto; soltanto le materie liquide possono passarvi ed è possibile che vi passino abbastanza facilmente perchè il bambino viva per più mesi; ma basta il minimo bolo fecale indurito, un corpo estraneo, un nocciolo di ciliegia per esempio (Flagani) per produrre un'ostruzione mortale.

Come l'uretra, la vescica non è nella donna sede d'una comunicazione anormale del retto. Viceversa questa anomalia è stata osservata abbastanza sovente nel sesso maschile. Comunemente essa coesiste con una conformazione viziosa dell'uretra; vi ha ipospadia, restringimento od imperforazione del meato.

Se il disordine nello sviluppo della cloaca interna ha luogo molto presto, il tubo intestinale comunica largamente colla vescicola allantoide; più tardi, invece, la comunicazione può diventare strettissima. Come nel caso dell'apertura anormale nella vagina, può esistere soltanto un piccolo orifizio che lascia passare le materie intestinali liquide nella vescica. Nel caso di Desault, di cui la parte è stata riprodotta in cera e conservata nel museo Dupuytren, la fistola permetterà difficilmente l'introduzione d'uno specillo ordinario.

Jeannel ha pubblicato recentemente un caso interessante di fistola intestino-vescicale, e bisogna a tal proposito osservare che questa fistola suppone « un arresto di sviluppo molto precoce, molto complicato ed un fondo cieco intestinale molto elevato, e per conseguenza difficilmente accessibile dal perineo ». In questo caso vi era anche un'anomalia dell'uretere, che si spiegava benissimo coi disordini prodotti nello sviluppo della cloaca interna. Ledentu, Bennett Lucas, Montmolin hanno citato dei casi di questo genere.

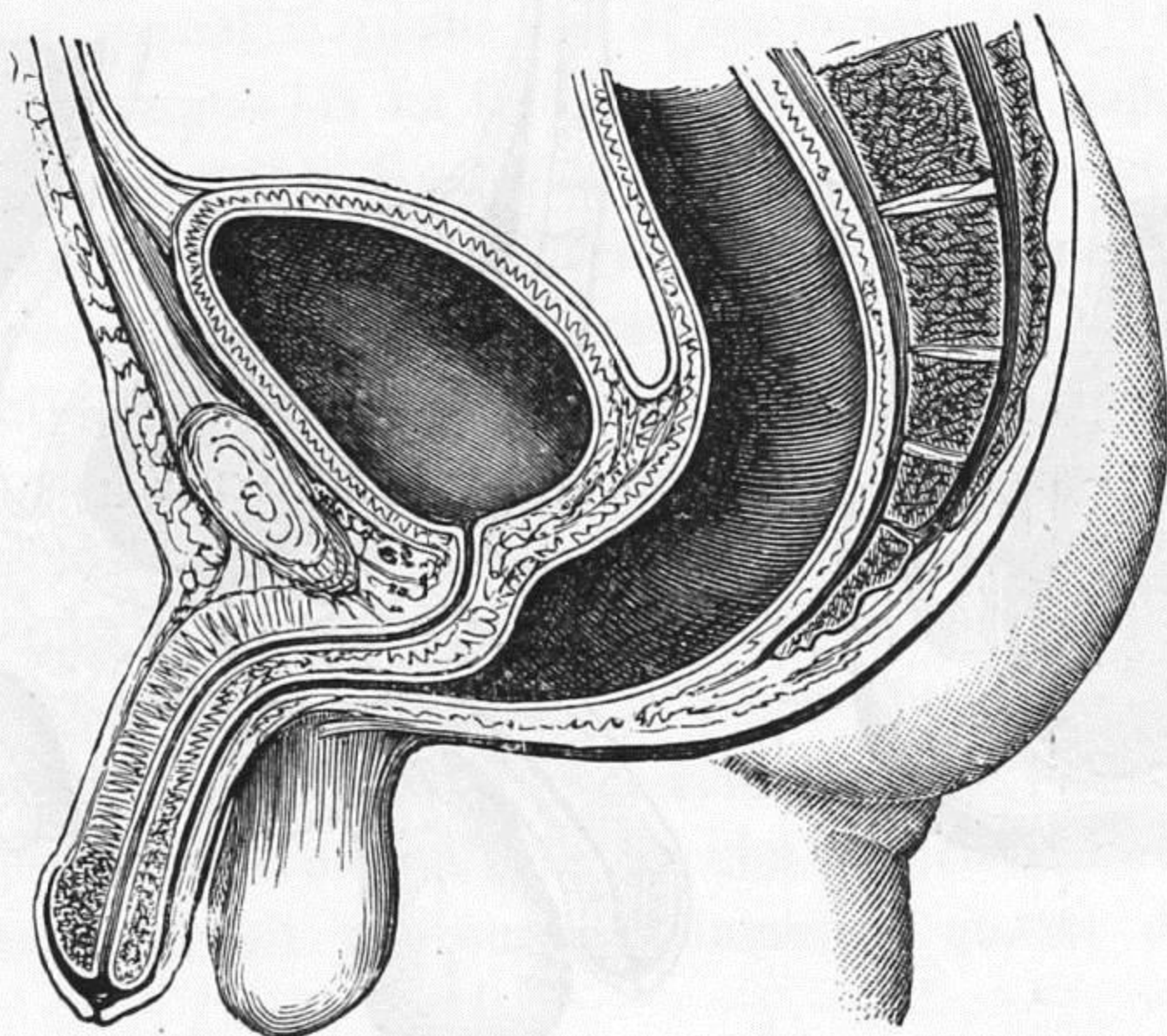



Fig. 28. — Ano penieno.

Nei difetti di sviluppo così complicati, l'ampolla rettale è ordinariamente deformata, a sepimenti, situata molto alto in faccia all'angolo sacro-vertebrale, e diventa difficilissimo, se non impossibile, raggiungerla col metodo perineale.

Il retto comunica molto più frequentemente coll'uretra che colla vescica. In generale, la comunicazione si stabilisce ordinariamente a mezzo di un condotto intermediario che va dal retto all'uretra contornando il basso fondo della vescica e la prostata. Questo tragitto è d'altronde più o meno sinuoso, più o meno obliquo, più o meno mediano; può anche mancare, vi ha in tal caso comunicazione diretta fra i due canali.

Jeannel, nel lavoro già citato, insiste sulla persistenza d'una dilatazione post-rettale che non è altro che l'intestino caudale; riferisce il caso, quasi unico d'altronde, di Broca, nel quale si constatava che al disopra ed all'indietro del suo sbocco vescicale, il retto comunicava con una cavità cilindrica che ne sembrava la continuazione e che finiva in un cul di sacco imperforato. Non vi era nessuna traccia nè di ano, nè di sfintere, nè di elevatore. La cavità cilindrica era evidentemente l'intestino post-anale non atrofizzato.

III.

IMPERFORAZIONE OD OBLITERAZIONE

Succede raramente che nell'imperforazione dell'ano non esiste alcun vestigio di questo condotto; talvolta l'imperforazione consiste solo nella presenza d'una semplice membrana che lascia vedere per trasparenza il meconio accumulato; altre volte, il diaframma presenta sino a 3 e 4 centimetri di spessore, e comprende allora nella sua parete le fibre muscolari dello sfintere ed anche tutti gli elementi che costituiscono le pareti ano-rettali.

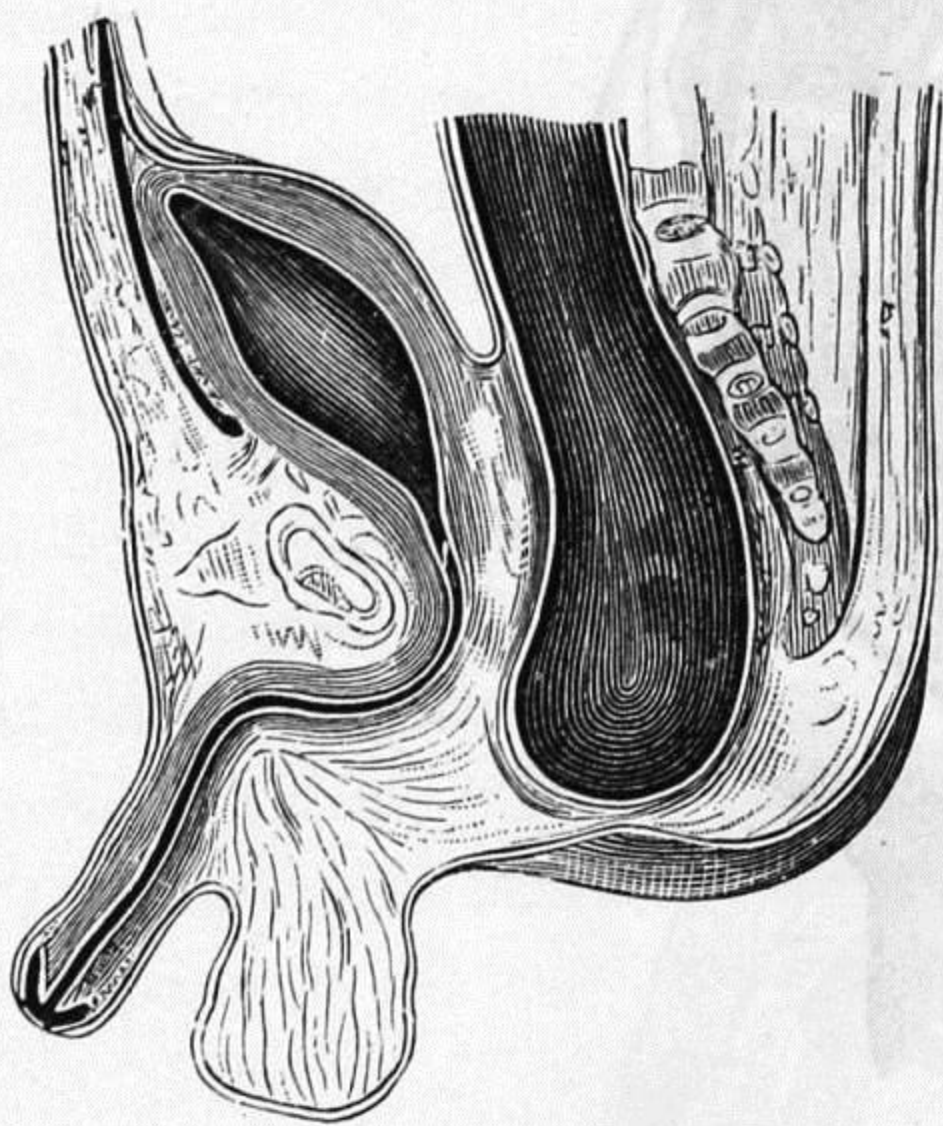



Fig. 29. — Assenza di ano.

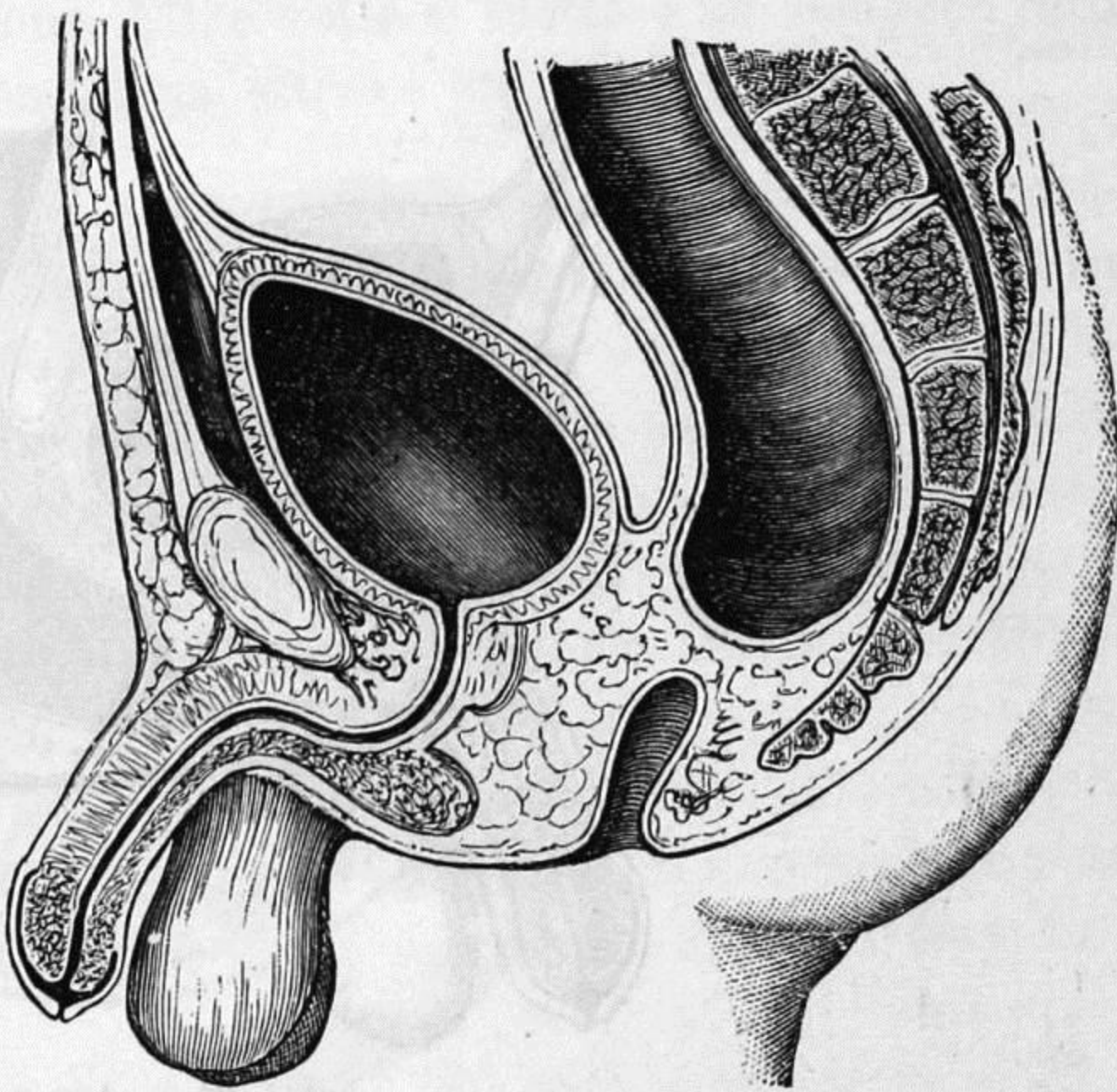



Fig. 30. — Obliterazione ano-rettale.

L'ano ed il retto per una certa estensione possono essere sostituiti da un cordone fibroso. Qualche volta l'ano è ben conformato, e bisogna introdurre profondamente il dito per rendersi conto dell'esistenza dell'obliterazione. L'ano è allora normale; è il retto che è la sede del vizio di conformazione. Quest'organo può essere arrestato nel suo sviluppo in una più o meno grande estensione; è a sepimenti irregolari, la sua cavità è a mezzo occupata da obliterazioni sovrapposte che la dividono in loggie distinte le une dalle altre.

Può anche succedere che il retto sia trasformato in un cordone fibroso; l'*S* iliaca rappresenta allora l'estremità terminale del tubo digerente; essa è distesa dal meconio al punto di riempire il piccolo bacino.

IV.

RESTRINGIMENTI

Passiamo ora allo studio di casi più comuni e per conseguenza più interessanti. Essi meritano che vi ci fermiamo, tanto più che godono in larga misura dei presidii della chirurgia.

In primo luogo, dobbiamo segnalare i restringimenti valvolari, essenzialmente caratterizzati da briglie, setti, valvole, di forma irregolare, raramente circolari, più sovente laterali, dovuti ad una ripiegatura della mucosa, e capaci di produrre una ritenzione molto notevole delle materie fecali. Berard e Maslieurat, Lagèmard hanno da lungo tempo segnalati questi vizi di conformazione.

Da parte sua Lannelongue (1) ha in questi ultimi tempi richiamato l'attenzione sopra questi sepimenti orizzontali. Questo eminente osservatore ha riferito due casi, l'uno seguito da guarigione e l'altro da autopsia, in cui fu ben constatato che esistevano nel retto due valvole o tramezzi completi, l'uno a 2 o 3 centimetri, l'altro a 11 o 12 centimetri dall'orificio cutaneo dell'ano. Fra queste due tramezze, l'intestino, benchè permeabile, era considerevolmente ristretto.

La mucosa intermediaria fra le due valvole era, in una delle osservazioni di Lannelongue, ricoperta d'un epitelio normale; in un fatto simile di Marchand, non esisteva che un cordone fibro-muscolare permeabile, senza traccie di mucosa.

Dopo questi restringimenti valvolari, conviene citare i casi nei quali l'intestino è ristretto per una più grande estensione, sia che il restringimento si limiti all'ano od al retto, sia che interessi contemporaneamente questi due tratti del tubo intestinale.

La coartazione è talvolta così stretta che il meconio scola con pena, ed uno specillo sottile vi penetra difficilmente. Roonhuysen, Serand hanno osservati dei casi di questa fatta. Queste deformità non sono d'altronde incompatibili colla vita. Ammon e Vrölick hanno riferite le osservazioni di due vegliardi che, durante tutta la loro vita, avevano avuti dei disturbi di ritenzione delle materie fecali, prodotti da un restringimento lungo e serrato.

Quest'ano ristretto può non occupare la sua sede normale, può venire a sboccare nella vulva, nella vagina, nell'uretra, ma a vero dire si tratta in questi casi d'una fistola intestinale che fa comunicare il retto coll'esterno; il vero ano manca, e la fistola vaginale o uretrale lo sostituisce.

Dopo le quattro varietà di deformazioni bene spiegate dalla patogenesi, ne esistono in via molto eccezionale di quelle che sono vere curiosità patologiche, e la cui importanza clinica è minore. Sono quelle che Trélat ha radunate sotto il titolo di sbocchi patologici. Bouisson, in un fanciullo privo di ano, ha trovato una

(1) Lannelongue, *Varietà rara di deformazione congenita della regione peri-rettale. Valvola intestinale* (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1884, pag. 199 e seguenti).

fistola intestinale che si apriva a 2 centimetri dalla linea mediana nella regione glutea. Tutte le disposizioni sono d'altronde possibili; noi non citeremo che i due esempi già riferiti dai classici, particolarmente da Duplay (1): in un caso, esisteva sul dorso della verga un canale ripieno di meconio, che contornava il pene, seguiva l'uretra, passando da destra a sinistra sotto il collo della vescica e si gettava nel retto obliterato ed aderente alla pelle; nel secondo caso, il retto, rappresentato da un cordone fibroso, aderiva al corpo della 5ª vertebra lombare. A questo livello, il colon iliaco si apriva alla faccia posteriore del tronco con un tragitto obliquo perforante il corpo della vertebra.

Sintomatologia. — I sintomi dei vizi congeniti sono di due specie, obbiettivi e funzionali. I primi comprendono ciò che la vista, il tatto e tutti i mezzi d'esplorazione in generale possono permettere di constatare; dopo i particolari anatomici che precedono, possiamo essere molto brevi su questo argomento.

I sintomi funzionali riguardano l'emissione più o meno facile delle materie fecali. Questa emissione può essere sufficiente, difficile, insufficiente o nulla. Dalle difficoltà che presenta risultano i disturbi generali leggieri, gravi o mortali.

Nel caso di restringimento valvolare i sintomi generali sono nulli, perchè non vi ha, propriamente parlando, imbarazzo nella defecazione. Molto sovente questa varietà di restringimenti congeniti non è diagnosticata che abbastanza tardi nella vita; le briglie o valvole del retto sono per la defecazione del fanciullo o dell'adulto un ostacolo molto più grande che per il neonato che emette sempre delle materie liquide. Alcuni ani vulvari o vaginali passano eziandio inosservati. È una infermità e niente di più.

Quando l'apertura è stretta, non è più la stessa cosa; il meconio nei primi giorni dopo la nascita può uscire con facilità, ma a misura che le materie si fanno più consistenti, insorgono i disturbi. Sono sconcerti locali nello stesso tempo che fatti generali di ritenzione, il piccolo malato soffre, si spossa in vani sforzi e muore se un intervento opportuno non viene a ristabilire il corso normale delle materie.

Nei casi in cui il retto comunica anormalmente colla vescica o coll'uretra, il meconio esce coll'orina e le cose possono decorrere così alcuni giorni senza ostacolo, ma ben presto le materie intestinali non tardano ad irritare la mucosa orinaria che non è fatta per il loro contatto. Insorge cistite, tenesma vescicale, ritenzione d'orina, fino a che compare un'ostruzione intestinale consecutiva alla obliterazione d'una fistola intestino-orinaria per mezzo d'un corpo estraneo (fava, nocciolo di ciliegia) venuto dall'intestino.

L'osservazione seguente di Müller mostra come in questi casi può farsi diversamente l'ostruzione intestinale. Un bambino privo d'ano emetteva della orina mescolata a meconio; vennegli praticata all'ampolla rettale un'apertura artificiale che fu più volte dilatata col bistori. Il fanciullo visse più anni; un giorno scoppiarono dei fenomeni di ostruzione intestinale dovuti alla presenza nel retto, a livello della concavità del sacro, d'una concrezione calcolosa del volume d'un uovo di dindo.

---

(1) *Traité de pathologie externe*, t. VI.

Quando l'apertura è strettissima, e quando vi ha imperforazione completa gli accidenti sono immediatamente gravissimi. I vomiti compaiono rapidamente, e se si esamina la regione anale del neonato col dito, con uno specillo, sovente anche colla semplice vista, si riconoscerà l'imperforazione e la sua sede.

Dopo i vomiti compaiono tutti i fenomeni dell'ostruzione intestinale, rigonfiamento del ventre, timpanite, respirazione ansiosa, convulsioni, febbri intense, e morte in cinque o sei giorni al più.

Diagnosi. — Per esporre le regole d'una diagnosi metodica, bisogna distinguere i casi seguenti: 1° non vi è traccia di ano; 2° esistono delle vestigie di ano; 3° l'ano è ben conformato.

1° Quando non vi è traccia di ano, bisogna sopra tutto pensare alle comunicazioni anormali, e cercare con cura se non esiste un'apertura anormale al perineo, allo scroto od alla verga nei bambini, alla vulva nelle bambine.

Quando non si sarà trovato nulla da questo lato bisognerà andare alla ricerca di comunicazioni coll'uretra: si esaminerà l'orina, si praticherà il cateterismo, e se dalla vescica si penetra nel retto, non bisognerà tralasciare di ricercare se esiste nel piccolo bacino un'ampolla rettale, per sapere sino a qual punto si può andarla a raggiungere, passando dal perineo.

Ma questa penetrazione è generalmente difficilissima; bisognerà allora accontentarsi di ricercare col becco della sonda, applicata alla parete posteriore della vescica, se al davanti dell'angolo vertebrale esista una cavità piena di meconio.

Quando non si scopre alcuno sbocco anormale, bisogna concludere per una imperforazione completa, ed allora non rimane che da sapere quale sia la distanza che separa il tubo intestinale dalla pelle. Se la membrana otturatrice è sottile, si distingue una tumefazione molle, fluttuante, riducibile, tesa quando il fanciullo grida; ove questi sintomi manchino, non si possono fare che delle supposizioni più o meno probabili relativamente allo spessore del sepimento. Soltanto una puntura esploratrice potrà eliminare le difficoltà.

2° Quando esistono delle vestigie di ano, gli sconcerti sono sovente tanto complessi come quando non ve ne è punto. Si può introdurre il dito nell'ano e sentire il setto, ma sovente non si trova che un cul di sacco, il quale sembra molto lontano dall'ampolla rettale. Hutchinson ha consigliato di titillare l'ano per provocare dei movimenti espulsivi e per fare sporgere quest'ampolla sotto il dito.

La deformità del bacino, il ravvicinamento degli ischii permettono di presupporre l'assenza del retto; ma è meglio ricorrere alla puntura esploratrice, che qui, come precedentemente, è il migliore, sovente il solo mezzo di diagnosi.

3° Quando l'ano è ben conformato, l'esplorazione col dito, uno *speculum*, uno specillo permettono di riconoscere i restringimenti valvolari, quelli lunghi ed anche le imperforazioni che dipendono da un'anomalia nello sviluppo del retto. Riconosciuto l'ostacolo, bisogna valutarne lo spessore coll'esplorazione, col cateterismo vescicale, colla palpazione del piccolo bacino, ecc., e tentare nella direzione dell'ampolla una puntura che conduce contemporaneamente alla diagnosi ed alla guarigione. [La puntura è sempre più pericolosa della incisione (D. G.)].

Il pronostico deriva naturalmente da ciò che precede.

Cura. — La cura consiste nel ristabilire il corso naturale delle materie fecali; quando lo sbocco è anormale bisogna, per quanto è possibile, rimetterlo nel suo vero posto; quando vi è imperforazione dell'ano, bisogna a qualsiasi costo stabilire un'apertura adatta per l'uscita delle materie. « Ogni momento di ritardo è una probabilità di vita che si leva al neonato » (Giraldès).

Due indicazioni dominano dunque la cura: 1° ristabilire il corso delle materie in modo permanente; 2° aprire la nuova via, per quanto è possibile in corrispondenza della regione anale.

Nel caso d'imperforazione imcompleta, di restringimenti circolari stretti, si è consigliato di praticare delle incisioni col bistori e di dilatare quotidianamente l'ano con una sonda o col dito mignolo. Ma questo metodo ha il grave difetto di dilatare assai poco e di esporre a molti accidenti, infiltrazioni delle materie, ascessi stercoracei; e così è meglio seguire il consiglio del professore Trélat, incidere largamente ed all'indietro il restringimento, trascinare la mucosa rettale verso la pelle e suturarla. Si ottiene così un canale mucoso completo e nello stesso tempo una dilatazione definitiva.

Quando vi ha imperforazione completa, se il setto è sottile, basta impiantare un bistori nel centro del tumore e praticare un'incisione a croce. Si afferra quindi la mucosa, che si stira in basso in modo da suturarla esattamente colla pelle. Questa pratica raccomandata da Malgaigne è quella di Trélat e di Giraldès.

D'altronde, si suturi o no la mucosa, il risultato è sempre buono quando il setto è sottile. Quando il chirurgo non sente per nulla la sacca, riempita di meconio, J.-L. Petit consigliava d'incidere il tegumento sino alla più grande profondità possibile e d'introdurre un trequarti che vada alla ricerca del contenuto intestinale. Un'incisione gli serviva in seguito ad allargare l'apertura fatta dal trequarti. Questa pratica è molto pericolosa a causa delle infiltrazioni di materie stercorali nel perineo; dopo la puntura il meconio cerca di uscire in massa, si precipita in certo modo dal lato dell'orificio stretto, creato dal trequarti e dall'incisione. Poichè quest'orificio è insufficiente e che, d'altra parte, le pareti composte del tessuto lasso si prestano alle infiltrazioni, ne risulta un flemmone stercoraceo gravissimo, sovente mortale.

Quando non è possibile ottenere con una semplice incisione una rapida e facile uscita del meconio, bisogna dunque seguire il consiglio di Boyer e stabilire un ano artificiale, sia col metodo perineale, sia col metodo addominale.

Il primo metodo è evidentemente il metodo di elezione, esso deve sempre essere praticato quando è possibile stirare in basso il retto abbastanza facilmente per suturarne la mucosa alla pelle. Disgraziatamente è quasi sempre difficile sapere ove è il retto e quali guasti sono necessari per raggiungerlo. Sovente, dopo aver cercato l'ampolla rettale del perineo, si dovrà rinunciare a raggiungerlo e mutare strada e metodo per istabilire immediatamente un ano artificiale per la via addominale.

Senza entrare in troppo lunghi particolari tecnici sul metodo perineale, diremo che dopo aver convenevolmente disposto il proprio malato, il chirurgo introduce un catetere nell'uretra se si tratta d'un fanciullo, nella vagina se si tratta d'una

bambina, poi incide il perineo sulla linea mediana, dallo scroto o dalla vulva sino al coccige. Il dito portato al fondo dell'incisione fa sentire qualche volta l'ampolla, qualche volta un cordone fibroso che conduce sino alla cavità intestinale.

Si riconosce l'intestino alla sua consistenza e al suo colore, e quando si è ben sicuri di averlo sotto mano, lo si afferra con una pinzetta ad uncino per attirarlo verso la pelle e suturarvelo. Bisogna in queste diverse manovre, servirsi molto del dito e sempre di strumenti ottusi. Si starà lontani accuratamente dal catetere per evitare di ledere gli organi genitali. Quando durante l'operazione il coccige imbarazza, Verneuil ne pratica l'escisione.

Il metodo addominale si divide in due sotto-metodi, il metodo inguinale o processo di Littre, ed il metodo lombare o di Callisen. La manovra operatoria di questi due processi non presenta niente di speciale nel caso presente (V. *Cancro).*

MESENTERIO, PANCREAS, MILZA

pel Dott. QUÉNU

CHIRURGO DEGLI OSPEDALI — PROFESSORE AGGREGATO DELLA FACOLTÀ DI PARIGI

Traduzione del Dott. L. FERRIA

CAPITOLO I.

MESENTERIO

Il mesenterio è costituito da una plica del peritoneo contenente nel suo spessore tutto il sistema vascolare e nervoso dell'intestino tenue; vi si trovano, entro un tessuto cellulo-adiposo più o meno abbondante, le arterie mesenteriche, le vene mesenteriche, i chiliferi coi loro ganglii ed infine i plessi nervosi. Il mesenterio è nello stesso tempo il peduncolo e l'ilo dell'intestino; esso serve nel medesimo tempo alla sua fissazione ed alla sua nutrizione; si può dunque prevedere che le alterazioni le quali lo colpiscono devono sopra tutto tradursi in isconvolgimenti nelle funzioni del tubo intestinale; quindi è spesse volte malagevole dissociare la patologia dell'intestino da quella del mesenterio e quest'ultimo, malgrado la sua importanza casuale, passa sovente in seconda linea. È difficile, per altra parte, separare le ferite e le contusioni del mesenterio dal resto delle lesioni traumatiche dell'addome; lo studio delle perforazioni e delle aperture anormali del mesenterio si riattacca naturalmente all'istoria della occlusione intestinale. Così noi giungeremo (dopo esserci limitati a qualche parola sui versamenti sanguigni) a non conservare in questo capitolo che le cisti ed i tumori del mesenterio.

Le emorragie che si producono nelle lamine mesenteriche possono dar luogo all'infiltrazione od alla raccolta sanguigna. Queste emorragie sono, le une di origine traumatica, le altre spontanee. Le prime risultano da una ferita ristretta o da una contusione. Si osservano specialmente le altre negli strozzamenti erniarii, nelle affezioni di cuore, in seguito a sforzi di vomito, ecc.; cioè in tutti i casi in cui la circolazione delle meseraiche subisce un ostacolo considerevole (1). Conviene quindi separare il vero ematoma dalla cisti sanguigna. Nel primo, il fatto iniziale fu l'effusione sanguigna, la cisti non s'è prodotta che secondariamente; nella seconda, la superficie d'una cisti preesistente è divenuta la sede d'un'emorragia.

---

(1) BÉRARD, Tesi 1889. — SMITH, *Case of hemorrh. into mesenter* (*Lancet*, 1881). — LANNELONGUE, *Bull. de la Soc. anat.*, serie 2ª, n. 10.

I.

CISTI DEL MESENTERIO

Divisione. — Anatomia patologica.

Si osservano nel mesenterio delle cisti idatiche, delle cisti sierose, delle cisti chilose e delle cisti dermoidi.

Cisti idatiche. — Le osservazioni di idatidi limitate al mesenterio sono assai rare, Hahn (1) non ne conosceva che due, quelle di Portal (2) e di Panas (3); noi possiamo aggiungervi quelle di Fremy (4), di Sutherland (5) e di Cimbali (6). Ben sovente le idatidi del mesenterio si trovano associate ad altre cisti occupanti il fegato, l'epiploon ed il resto del peritoneo (7).

Cisti sierose e chilose (8). — Io riunisco appositamente queste due varietà, perchè esse sembrano legate tutte e due ad una alterazione d'una porzione del sistema linfatico.

Queste cisti hanno un volume che può uguagliare e sorpassare quello di una testa di feto a termine; la loro parete, sovente libera d'aderenze, presenta una struttura connettiva. Carson (9) assegna loro tre strati: uno esterno fibroso, uno medio ugualmente connettivo, racchiudente dei vasi sanguigni, del tessuto linfoide e dei follicoli linfatici; infine uno strato interno endoteliale. Questo ultimo non è costante, e mancò infatti nel caso di Tillaux (10) e di Werth (11).

Il contenuto, alle volte fluido, acquista sovente una consistenza cremosa; la sua colorazione è giallastra, bruna o rosea, secondo la quantità del sangue che vi si mescola; in molte osservazioni lo si paragona al latte od alla creta diluita nell'acqua.

In un'analisi di Bremer (12) la densità era di 1014, la reazione alcalina, il liquido conteneva dell'albumina e niente fibrina. Al microscopio si trovarono delle larghe cellule in via di degenerazione grassosa, delle goccioline adipose analoghe a quelle del latte e dei cristalli di cloruro di sodio, dei carbonati e dei solfati.

---

(1) Hahn, *Kystes du mesentères* (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1887).

(2) Portal, *Cours d'anat. méd.*, t. V.

(3) Panas, Tesi d'Augagneur.

(4) *Soc. Anat.*, 1868.

(5) *Med. Rev. Australia*, 1865 (citato da Augagneur).

(6) Cimbali, *Rivista clin. Bologna*, 1887.

(7) Osserv. di Laboulbène, *Elém. d'anat. path.* — Legroux, *Soc. Anat.*, 1867. — Davaine, *Traité des entozoaires.* — Murchison, *Traité des maladies du foie.*

(8) Carson, Augagneur, Ducassel, *Soc. Anat.*, 1848. — Péan, *Diagn. et trait. des tumeurs abdom.* — Collet, Tesi 1884. — Rouiller, Tesi 1885.

(9) Carson, *Kystes chyleux* (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1890).

(10) Tillaux et Millard, *Acad. de Méd.*, 1880.

(11) Werth, *Arch. de gynécol.*, Berlino 1880. Augagneur e Terillon (*Soc. chir.*, 1882) hanno torto generalizzando e facendo della mancanza dell'endotelio un carattere di tali cisti.

(12) Osserv. negli *Ann. med. Assoc. New-York med. Rec.*, 1887 (citato da Carson).

Si sono certe volte paragonate queste produzioni cistiche a specie d'igromi che si sarebbero sviluppati entro le lamine del mesenterio, ma questa teoria deve essere abbandonata, e la loro origine linfatica a noi sembra molto chiaramente risultare dalla presenza nella loro struttura di spazii linfatici, di tessuto reticolare e di follicoli chiusi. Ammesso questo, la patogenesi non è meno oscura. È egli necessario accettare l'ipotesi d'una degenerazione speciale delle ghiandole linfatiche, o quella di una ectasia sia dei chiliferi, sia del canale toracico, oppure quella d'una rottura d'uno dei vasi lattei con incistidamento consecutivo del chilo sparso? Noi avremmo più tendenza ad accordare una parte di verità all'opinione di Kuester che rannoda le cisti chilose alle deformità congenite; noi vi vedremmo volentieri dei veri linfangiomi cistici paragonabili a quelli del collo ed in comunicazione o primitiva o secondaria coi chiliferi.

La nostra teoria acquista un certo valore pel fatto che si osservano pure nel mesenterio dei veri linfangiomi o chilangiomi cavernosi caratterizzati dalla presenza di piccole cavità comunicanti le une colle altre, tappezzate da endotelio e richiudenti un liquido lattiginoso, nel quale si riconobbero le reazioni ordinarie del chilo (1).

Le cisti ematiche non sembrano formare una classe distinta; il versamento sanguigno non è che un fenomeno comune a tutte le varietà; quindi io non vi insisto.

Cisti dermoidi. — La loro storia si limita ai due casi di Lebert (2), a quello di Schutzer (3) e ad una citazione di Cruveilhier (4), il quale dichiarava alla Società Anatomica che Dupuytren aveva visto una cisti dermoide del mesenterio; ma vi si può aggiungere una bella osservazione di tumore congenito complesso, che noi dobbiamo a Howship Dickinson (5). Questo tumore, che pesava più di due libbre, si componeva di noccioli cartilaginosi ed ossei sviluppati entro una massa connettiva; quest'ultima racchiudeva pure tessuto adiposo, cisti a pareti coperte di epitelio cilindrico a ciglia vibratili.

Sintomi e Diagnosi.

Le cisti del mesenterio presentarono sovente nel loro esordio dei sintomi dolorosi molto accentuati; molte volte fu in occasione d'una violenta colica che il paziente scoperse l'esistenza del suo tumore (6); il malato di Millard e Tillaux si credeva in perfetto stato di salute, allorquando, passeggiando una sera, a sette ore, si sentì d'un subito nel ventre un dolore tale che fu obbligato prontamente a fermarsi. Altre volte le prime manifestazioni furono fenomeni di occlusione

(1) Weichselbaum, *Arch. f. path. Anat. und Phys.*, Bd. LXIV (citato da Augagneur).

(2) Lebert, *Ann. pathologiques.*

(3) Schutzer, citato da Collet. — Trattasi di una cisti dermoide del mesenterio, contenente 12 denti, in una ragazza di 15 anni.

(4) *Soc. Anat.*, 1831.

(5) *Transact. of the path. Soc. of London*, 1870-71.

(6) Ammalato di Werth. *Arch. von Gynaek.*, Berlino 1880.

intestinale (1) oppure di peritonite simulante una occlusione intestinale (2). In un certo numero di casi, il principio s'è manifestato più insidioso e l'attenzione fu primitivamente attirata tanto dallo sviluppo del ventre, quanto dai dolori; certi tumori infine restarono indolenti (3).

La forma dolorosa delle cisti mesenteriche sembra, ci affrettiamo a dirlo, più frequente che la forma latente. I dolori ritornano ad accessi, aumentano sotto l'influenza del più piccolo movimento e si accompagnano a disturbi digestivi e ad una ripercossa su tutto lo stato generale. Il massimo della loro intensità si svolge più sovente all'intorno della regione ombelicale; ed è in questa medesima regione che si fa d'ordinario la prima constatazione d'un tumore. La cisti mesenterica, carattere importante, presenta dunque, od ha presentato, una situazione prossima alla linea mediana, offre una grande mobilità sopra tutto nel senso laterale, qualche volta anche nel senso verticale. La sua superficie è arrotondata, liscia; la consistenza è elastica, o nettamente fluttuante. I risultati della percussione sono variabili; certe volte la ottusità è completa, certe volte esiste davanti al tumore una zona di sonorità. Fenomeni dolorosi con disturbi digestivi, tumore a situazione mediana, molto mobile, ma con una zona di sonorità al davanti, ecco ciò che riassume la sintomatologia delle cisti del mesenterio. Nessuno di questi caratteri ha un valore assoluto; è sufficiente, per convincersene, leggerne le osservazioni e constatare che su 7 casi (4) la diagnosi venne fatta una volta sola; negli altri 6 casi, o si è rimasti nell'indecisione, oppure s'è creduto ad un tumore del legamento largo, ad una occlusione intestinale, ad un rene mobile, ad un fibroma uterino, ad una cisti dell'ovaio. Quest'ultimo errore sembra essere stato più particolarmente commesso (5).

È evidentemente necessario, in questo caso, seguire le regole generali per l'esame dei tumori del ventre, eliminare successivamente, per mezzo delle esplorazioni diverse e combinate, i tumori del piccolo bacino, quelli del fegato e della milza, cioè a dire i tumori del pavimento e della vôlta della cavità addominale; l'esplorazione minuziosa della fossetta renale e la ricerca del palleggiamento indicheranno se si tratta sì o no del rene.

La diagnosi differenziale colle cisti del pancreas sarà particolarmente difficile, essendo la sede mediana e perfino la sonorità anteriore comune alle due affezioni; la constatazione d'una mobilità pronunciata farà propendere la diagnosi verso il mesenterio, ma non in modo assoluto (6). Determinata la sede mesenterica rimangono da distinguere gli uni dagli altri i differenti tumori del mesenterio; la fluttuazione non è l'indizio certo d'una cisti; essa si percepisce con altrettanta chiarezza nei lipomi; il grande volume parlerà in favore di questi ultimi; solo la paracentesi esploratrice leverebbe tutti i dubbi, ma questa non va esente da pericoli.

---

(1) Ammalato di Sutherland.

(2) Osserv. di Millard: Inizio improvviso con dolori addominali, meteorismo e stitichezza; puntura semplice della cisti; guarigione.

(3) Péan, loc. cit. — Spencer Wells, *Diagnostic et traitement des tumeurs abdominales.*

(4) Augagneur, Tesi.

(5) Péan, nei tre casi di cisti del mesenterio da lui osservati, credette tre volte ad una cisti dell'ovaio (citato da Augagneur).

(6) V. *Pancreas*, pag. 180. La diagnosi colle cisti dell'epiploon mi sembra impossibile.

L'evoluzione delle cisti del mesenterio è variabile; è verosimile che la più gran parte, se non tutte, abbiano un periodo latente più o meno lungo e che l'epoca d'apparizione non sia piuttosto che la data d'un cangiamento rapido nel loro accrescimento. In tutti i casi la situazione non tarda ad aggravarsi fin da quando la cisti aumenta di volume; gli aggravamenti risultano principalmente dalla compressione degli organi vicini, e noi sappiamo già che questa compressione può andare fino all'occlusione ed anche alla gangrena dell'intestino (1).

Cura.

L'indicazione d'intervenire attivamente sorge da ciò che precede; ora si è impiegato come cura la puntura capillare, l'incisione con drenaggio, ed infine la estirpazione. Se si adotta il primo di questi tre metodi è necessario ricordarsi che anse intestinali possono essere frapposte tra la parete e la cisti, e circondarsi delle medesime precauzioni che occorrono per un intervento più largo.

A nostro parere l'ablazione, se dev'essere facile, è il metodo che va scelto; è dunque necessario praticare dietro le regole ordinarie la laparotomia. Se l'estirpazione, visto il numero e l'estensione delle aderenze, sembra dovere presentare troppo pericolo, possiamo limitarci alla sutura dei bordi della cisti colla parete ed al drenaggio (2).

Questa pratica stessa non andrà sempre esente da difficoltà; in un caso di cisti idatica ricoperta da anse intestinali, Kuester (3) ebbe tutte le difficoltà a trovare nei loro interstizi abbastanza spazio da poter svuotare la cisti e fissare i labbri dell'apertura all'incisione parietale.

Nella statistica d'Augagneur, che riguarda 14 casi, la puntura capillare ha dato due guarigioni su due casi, l'incisione un morto su quattro, l'ablazione quattro guarigioni e quattro morti. Queste ultime furono occasionate dalla setticemia e dalla peritonite, in seguito alle manovre lunghe e laboriose causate dall'estensione delle aderenze.

II.

TUMORI DEL MESENTERIO

I tumori primitivi del mesenterio appartengono tutti alla classe dei tumori connettivi. I tumori epiteliali non sono che il risultato d'una infezione partita dall'intestino oppure il risultato d'una generalizzazione viscerale d'un cancro

---

(1) SUTHERLAND, loc. cit. e caso di TROMBETTA, Società italiana di Chirurgia, 1888. — Una cisti del mesenterio, grossa come un arancio, determina dei fenomeni d'occlusione intestinale mortale.

(2) Sia con tubi, sia con striscie di garza jodoformizzata, come fece con successo Carson. — CARSON, loc. cit. — Terrillon insiste sulle aderenze di queste cisti e sulle lacinie cellulo-vascolari che le uniscono soventi all'intestino; quindi egli consiglia, come Hahn e Péan, di trattarle coll'incisione; i suoi cinque operati guarirono.

(3) Citato da Hahn.

qualunque. Dunque noi ci fermeremo solo sui primi; essi comprendono dei neoplasmi ad elementi adulti, fibromi e lipomi, e dei neoplasmi ad elementi embrionali, sarcomi e linfadenomi. Questi ultimi sembrano molto rari (1) ed i dati sono troppo in picciol numero perchè se ne possa tracciare l'istoria. I tumori del mesenterio che interessano maggiormente i chirurghi sono i lipomi (2).

III.

LIPOMI

I lipomi del mesenterio, semplicemente segnalati nei diversi trattati di patologia, sono stati bene studiati recentemente da Terrillon (3) che ne raccolse 15 esempi (4). Questi tumori nascono al davanti delle vertebre lombari, s'insinuano entro i foglietti del mesenterio, li sdoppiano, per così dire, ed in questo modo si avvicinano allo intestino. Il loro volume è dei più considerevoli; sono, come si è detto, i più grossi tumori dell'organismo. Si cita che siano arrivati sino a 40, 56 e fino a 63 libre; si capisce quale disturbo possano cagionare queste produzioni solo per la loro massa. L'intestino crasso è ordinariamente spinto in avanti, l'intestino tenue serve come di limite al tumore, che riempie tutto il ventre e discende sino in basso, al punto da confondersi coll'utero e coll'ovaio (5).

L'ascite è eccezionale. Dal punto di vista della loro struttura, queste produzioni sono formate alle volte di lipoma puro, alle volte d'un miscuglio di lipoma e di mixoma.

Dal punto di vista clinico i lipomi mesenterici sembrano non avere presentato dei caratteri molto salienti; essi hanno costituito dei tumori bernoccoluti, fluttuanti, non differenti pei loro sintomi dagli altri tumori addominali ad andamento cronico. La diagnosi non venne mai fatta se non all'apertura del ventre, sia sul tavolo anatomico, sia sul tavolo d'operazione.

Fra i 15 casi citati più sopra si contano 8 malati operati, ed aggiungendovi le due osservazioni di Meredith e di Terrier, si ha un totale di 10 operazioni praticate per lipomi del mesenterio. Su questi 10 operati, 3 solamente guarirono (6). L'estirpazione fu sempre delle più laboriose in ragione del volume enorme, delle connessioni coi vasi del mesenterio e dell'immensa cavità anfrattuosa ch'essa lascia dietro di sè (7).

---

(1) Come neoplasmi primitivi, gli esempi citati sono relativi a tumori ganglionari.

(2) Augagneur non trovò che un solo esempio di fibroma dovuto a Péan, e non è certo sulla sua sede reale nel mesenterio.

(3) Terrillon, Soc. di Chir., 1886.

(4) Ai quali si può aggiungere l'osservazione di Meredith (*Lancet*, 1887) ed una osservazione di Terrier.

(5) Nelle donne i lipomi furono sempre scambiati per cisti dell'ovaio (Terrillon).

(6) Quelli di Madelung, di Péan e di Meredith.

(7) Nel caso di Terrier, dove io ero assistente, dovemmo resecare più di 25 cent. d'intestino.

In due casi, per terminare l'operazione, fu necessario resecare un lungo tratto d'intestino. La morte sopravvenne in molti ammalati poco tempo dopo l'operazione; altri resistettero 10 e 30 giorni e soccombettero in seguito con disturbi intestinali acuti o cronici (1). Si può dunque, con Terrillon, considerare il pronostico di questi tumori, come dei più gravi a meno che una diagnosi precoce non permetta di praticare l'operazione prima ch'essi abbiano raggiunto un volume enorme ed inglobati nella loro massa gli apparati di circolazione e di innervazione dell'intestino.

CAPITOLO II.

PANCREAS

La chirurgia del pancreas è di data recente; prima di questi dieci ultimi anni, le malattie di questa ghiandola non avevano interesse che per il medico (2); di più la loro sintomatologia era assai oscura ed il loro studio lasciato nell'ombra.

Al giorno d'oggi, niente di ciò che si riferisce alla cavità addominale ci potrebbe lasciare indifferenti; così le più importanti alterazioni pancreatiche devono qui trovare almeno una menzione, non solo a causa delle indicazioni operatorie che qualcuna di esse presenta, ma ancora in causa del loro interesse diagnostico. Inoltre, sebbene le lesioni traumatiche e le cisti del pancreas siano i due soli soggetti che abbiamo da sviluppare, io credo dover aggiungervi qualche linea relativa alla storia delle infiammazioni e delle degenerazioni neoplasiche dell'organo pancreatico.

I.

LESIONI TRAUMATICHE

Le lesioni traumatiche del pancreas sembrano eccessivamente rare; si spiegano pensando alla situazione profonda ed alla protezione che ad esso offrono la colonna vertebrale e gli archi costali. Conviene tuttavia aggiungere che *rarità clinica* non vuol dire rarità assoluta; difatti è supponibile che il pancreas non isfugga agli urti, alle ferite ed ai proiettili, ma, secondo le osservazioni di Senn (3), che è il solo autore al quale noi dobbiamo una monografia su questo tema, i rapporti

(1) Terrillon.

(2) Non vi è nessun capitolo dedicato al pancreas nel Follin et Duplay, *Traité de pathologie externe*, t. V, 1878.

(3) Senn, *Amer. Journ. of med. Sc.* — Questo autore cercò di colmare questa lacuna della patologia istituendo delle esperienze sugli animali; in questo modo egli riprodusse nel cane e nel gatto delle sezioni, delle contusioni ed anche delle estirpazioni parziali e totali del pancreas; io non posso che rimandare alla sua Memoria.

della glandola sono tali, che la ferita di essa implica quasi fatalmente quella dei visceri essenziali o dei grossi vasi; in seguito manca il periodo d'osservazione, la fine è rapidamente mortale.

Noi considereremo successivamente le contusioni, le ferite, poi le ernie traumatiche del pancreas.

Contusioni. — Senn ne ha riuniti quattro esempi (1) che furono tutti rapidamente seguìti da morte. In tre casi i feriti furono rovesciati da una vettura e presentavano delle fratture multiple di coste e diverse lesioni viscerali, tali come una rottura del fegato, del rene o della milza.

Nel medesimo tempo si trovò all'autopsia uno stritolamento del pancreas oppure la sua rottura, con un'effusione sanguigna più o meno considerevole; la vita non potè più durare che qualche giorno nell'osservazione di Cooper, e che qualche ora nelle altre.

Ferite. — Per le ragioni indicate più sopra, l'istoria delle ferite del pancreas è stata molto negletta e confusa con quella delle ferite addominali in generale; essa si riduce alle diverse operazioni riportate nell'istoria medica della guerra di Secessione; queste 5 osservazioni sono tutte relative a ferite per arma da fuoco; quattro volte su cinque, il proiettile penetrò per la faccia posteriore del torace tra l'omoplata e l'angolo delle coste; il più sovente le lesioni furono molto complicate; indipendentemente dalle coste fratturate si è notato una ferita della milza, dello stomaco, del diaframma e del polmone. La morte sopravvenne quattro volte su cinque, una volta per peritonite, tre volte per emorragie secondarie. La sopravvivenza fu di 8, 12, 15 e 30 giorni. In due feriti si produsse un'ernia del pancreas attraverso alla ferita; uno di questi feriti guarì dopo resezione della parte erniosa (2).

Ernie traumatiche (3). — Sembra inammissibile a prima vista, che un organo così profondamente collocato, applicato e fissato dal peritoneo parietale, possa passare attraverso una ferita fatta alla parete anteriore del ventre o del torace, eppure, dopo gli esami di Cadwell, Kleberg e le ricerche di Nussbaum (4), il fatto non sarebbe oramai più messo in dubbio (5).

Non si contano meno di sei osservazioni; in quattro di queste, la ferita risiedeva a livello del bordo inferiore delle false coste, alle volte a destra (6), certe altre a sinistra (7) della linea mediana; due volte essa occupava uno degli ultimi

---

(1) Cooper, *Lancet*, 1839. — Travers, *Lancet*, 1827. — Störck, *Ann. médic.*, 1836. — Le Gros Clark, *Lect. on surg. diagn.*, 1870.

(2) Un proiettile entrò dalla parte destra sotto le coste ed uscì dalla sinistra; due giorni dopo, mentre l'ammalato faceva degli sforzi per andare di corpo, si produsse un'ernia del pancreas del volume di un ovo d'oca. Lo si legò con un filo d'argento che si strinse ogni giorno; all'ottavo giorno escisione colle forbici: guarigione.

(3) Senn, loc. cit. — Laborderie, *Gaz. des hôp.*, 1856. — Dorgan, *Med. and surg. reporter*, 1874. — Caldwell, *Transylvania Journ. of Med.*, 1828. — Kleberg, *Langenbeck's Archiv für Chir.*, vol. IX, e *Med. and surg. hist. of the rebellion*, vol. II.

(4) *Die Verletzungen des Unterleibes*, 1880.

(5) Mi sembra evidente che una rottura antecedente degli attacchi del pancreas sia una condizione necessaria al suo spostamento.

(6) Osservazioni di Kleberg, Laborderie.

(7) Osservazioni di Cadwell.

spazi intercostali (1); essa proveniva allora da un'arma da fuoco, mentre negli altri casi era prodotta da uno strumento tagliente.

L'organo ernioso si mostrava sotto la forma d'un corpo allungato della lunghezza di 3 o 4 pollici, d'un colore rosso-bruno, d'una consistenza solida.

Certe volte la parte erniosa era riducibile (Dargan), certe volte, e il più sovente, era irriducibile e talvolta persino strozzata dalla ferita (Laborderie).

Il pronostico però non pare troppo grave, poichè 5 volte su 6 sopravvenne la guarigione; nel solo caso mortale, un proiettile perforò il diaframma, e determinò una peritonite.

I chirurghi che si son trovati in presenza di casi simili, hanno per la maggior parte legato la parte erniosa con o senza resezione consecutiva; una volta sola l'ernia fu ridotta e la ferita suturata. Noi ammettiamo come razionale che la condotta a tenersi deve essere basata sullo stato dell'organo ernioso; se questo è assolutamente normale, asettico, recentemente uscito, lo si può con o senza sbrigliamento ridurre e suturare la ferita. Altrimenti sarà più prudente resecare dopo applicazione d'una legatura elastica e lasciare il peduncolo al difuori.

II.

CISTI DEL PANCREAS (2)

Anger, *Soc. Anat.*, 1865. — Arnozan, *Dict. Dechambre.* — Becourt, Tesi di Strasburgo, 1830. — J. Bœckel, *Des kistes pancréatiques*, 1891. — Bonamy, Tesi di Parigi, 1879. — Cornil, *Soc. Anat.*, 1863. — Le Dentu, *Soc. Anat.*, 1865. — Gussenbauer, Congresso della Società tedesca di Chirurgia, 1883. — Hagenbach, Tesi di Lione, 1887. — Hahn, *Centralblatt für Chir.*, 1886. — Koatz, Tesi di Marbourg, 1886. — Kulenkampf, *Berl. klin. Woch.*, 1882. — Kuhnast, Tesi di Breslau, 1889. — Küster, *Berl. klin. Woch.*, 1887. — Masseron, Tesi di Parigi, 1882. — Salzer, *Prager Zeitschrift f. Heilkunde*, 1886. — Senn, *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1885 e 1886. — Steele, *The Chicago med. Journ. and Examiner*, 1888.

Le cisti del pancreas possono essere suddivise in tre gruppi: alcune sono causate dalle idatidi, altre sono il risultato di spandimenti sanguigni che s'incistidano, le più importanti infine sono di natura ghiandolare.

Ci fermeremo poco sulle cisti idatiche; la loro storia non poggia che su 5 fatti tutti osservati alla sala anatomica (3).

Le cisti per emorragia sono più interessanti; esse sarebbero assai frequenti secondo Bœckel, poichè questo autore ne potè riunire 30 esempi; ma bisogna guardarsi dall'annoverarvi, come fecero Bœckel, Friedreich ed altri, le cisti emorragiche risultanti da uno spandimento di sangue in una cisti preesistente. Nel vero ematoma del pancreas, che si può ancora con Hagenbach qualificare per cisti apoplettica, l'emorragia è anteriore alla cisti; la borsa si forma secondariamente attorno al sangue sparso per un processo analogo a quello che presiede all'incistidamento di ogni spargimento sanguigno circoscritto.

(1) Guerra di Secessione.
(2) Bibliografia tolta da J. Bœckel.
(3) Masseron, Tesi 1881.

La nostra terza classe infine comprende il maggior numero di cisti pancreatiche (1); quivi la parete cistica è costituita dalla parete medesima dei cul-di-sacco glandolari o dai loro condotti escretori.

CISTI DA EMORRAGIA O CISTI APOPLETTICHE

Conviene ricordarsi che sotto diverse influenze certe emorragie si possono produrre in pieno tessuto pancreatico. Furono osservate in seguito a traumatismi, ma anche in altre circostanze, all'infuori d'ogni violenza esterna, in ammalati colpiti da una stasi venosa dell'addome, oppure in persone che fin allora sembravano godere d'una eccellente salute. In un certo numero di casi la rottura vascolare ha trovato una spiegazione plausibile in un'alterazione cronica od acuta dell'organo; così Zenker (2) ha notato la degenerazione adiposa del tessuto ghiandolare; Klob (3) delle alterazioni d'ordine infiammatorio; Rugg (4) delle dilatazioni vascolari, ecc.

Queste emorragie possono essere diffuse o circoscritte. Le emorragie diffuse, alle quali si riferiscono giustamente le osservazioni di Rugg, di Klob, Zenker, ecc. sono capaci di portare la morte subitanea oppure un esito più o meno rapidamente fatale; noi non abbiamo qui a farne l'istoria. In quanto alle emorragie circoscritte, che sole pigliano parte alla formazione delle cisti apoplettiche, non si sono osservate che raramente, e costantemente, secondo Hagenbach, esse sono state reperti necroscopici; ogni volta, secondo questo autore, che la diagnosi delle cisti apoplettiche fu posta, si commise un errore, ed in realtà si trattava di cisti preesistenti nelle quali s'era prodotta un'emorragia. È così che potrebbero interpretarsi i fatti d'Angers (5), di Parson (6) e quello di Störck (7).

Come esempi di vere cisti ematiche, noi possiamo citare quelle che hanno osservato Pepper (8), Challand e Rabon (9), Baudach (10), ecc. e forse anche il caso di Thiersch e di Gussenbauer (11). Queste cisti, scoperte solamente dopo la morte, erano piccole e piene di grumi sanguigni; il loro volume fu paragonato a quello d'una noce, d'un pugno, d'un arancio, ecc. Finora non si fece mai una diagnosi esatta, forse, peraltro, vi si potrebbe pensare, se, nel medesimo tempo che si producono ematemesi oppure delle evacuazioni sanguigne, si vedesse repentinamente apparire un tumore fluttuante nella regione sopra-ombelicale. Il complesso di questi sintomi e lo stato grave del malato sarebbero sufficienti, a mio parere, per giustificare un intervento attivo, o per lo meno l'idea d'una laparotomia

(1) Cisti propriamente dette di Bœckel.
(2) Zenker, Congresso di Breslau, 1875.
(3) Haller e Klob, *Wiener Zeitschrift*, 1859.
(4) Hodson Rugg, *Lancet*, 1850.
(5) *Soc. Anat.*, 1865.
(6) *Brit. med. Journ.*, 1857.
(7) *Annus medicus secundus*, 1762.
(8) *Centralblatt*, 1871.
(9) Challand e Rabon, *Soc. méd. de la Suisse rom.*, 1877.
(10) Tesi di Friburgo, 1885.
(11) Citato da Hagenbach.

esploratrice. In due ammalati affetti da focolai emorragici nel pancreas, Thiersch e Gussenbauer sono intervenuti con successo mediante l'incisione ed il drenaggio. Supponendo quindi che vi sia dubbio sull'interpretazione patogenica di questi casi, il risultato operatorio non è meno incoraggiante, l'indicazione restando, in sostanza, la medesima sia che il sangue abbia creato la cisti, oppure ch'esso si sia sparso in una cisti già formata.

CISTI GLANDOLARI

Le cisti ghiandolari non sono talvolta che il risultato secondario d'una lesione più importante che interessa primitivamente le vie escretorie del pancreas. Ogni causa d'obliterazione di queste vie, sia essa intrinseca od estrinseca, può dar loro origine; è così che si sono citate nella loro eziologia le concrezioni calcolose del canale di Wirsung o dei suoi rami (1), il cancro o la cirrosi del pancreas (2), i calcoli del coledoco incuneati presso il suo sbocco nel duodeno (3), un semplice stàto catarrale, ecc.

In tutti questi casi si tratta di vere cisti per ritenzione paragonabili a quelle che ingenerano l'obliterazione del canale escretorio d'una ghiandola qualunque; così Virchow (4) le ha designate sotto il nome di *ranule pancreatiche*.

È facile stabilire questa origine quando le dilatazioni cistiche poco voluminose si presentano sotto la forma di protuberanze scaglionate attorno al condotto principale (5); non è più la stessa cosa quando invece di questa degenerazione cistica evidente dei canacoli si ha da fare con una borsa più voluminosa indipendente dal canale pancreatico, come nelle osservazioni di Le Dentu (6) e di Zukowsky (7), ovvero ancora quando il pancreas è stato in totale trasformato in una grande borsa come nel caso di Janeway (8).

Con tutto ciò, ragionando per analogia, la patogenesi precedente resta probabile; forse qualche volta, sarà il caso d'ammettere, a fianco di queste trasformazioni cistiche, d'ordine puramente meccanico, delle cisti per involuzione epiteliale; sta agli esami istologici l'insegnarcelo (9). Questi esami sono ben poco numerosi finora, ma sono sufficienti a dimostrarci la natura ghiandolare delle cisti del pancreas. Difatti si è constatato in un certo numero di casi che la parete era

(1) Fatti di Bécourt, Gross, Recklinghausen, ecc., citati da Bœckel.
(2) Kühnast, *Ueber Pancreascysten*. Tesi di Breslavia, 1887.
(3) Virchow-Hirsch, *Jahresbericht*, 1878.
(4) *Ueber ranula pancreatica* (*Berl. klin. Woch.*, 1887).
(5) Cornil, *Histol. pathol.*, 1876.
(6) Le Dentu, *Soc. Anat.*, 1865.
(7) *Wiener med. Presse*, 1881.
(8) Citato da Bœckel.
(9) Questa nota era redatta quando fu pubblicata la comunicazione di M. Hartmann al Congresso di Chirurgia del 1891. Questa comunicazione parla di una cisti del pancreas curata colla incisione e che guarì dell'operazione, ma morì ulteriormente. Ora, l'esame istologico fatto da Gilbert dimostrò che si trattava di un epitelioma cistico del pancreas; vi sono dunque, come noi supponevamo, delle cisti del pancreas dovute a formazioni epiteliali come dentro le altre ghiandole.

ricoperta di un epitelio, ora piatto, ora cilindrico, oppure, in mancanza d'un rivestimento epiteliale continuo, esistevano in certi punti degli ammassi d'epitelio più o meno degenerati; si è persino notata la presenza di un cul-di-sacco ghiandolare nello spessore della parete. La parete, di natura connettiva, ha uno spessore molto variabile; qualche volta sottile al punto d'essere trasparente, essa acquista in certe borse uno spessore di mezzo centimetro (1). Le cisti pancreatiche sono quasi sempre uniloculari; il loro volume è generalmente piccolo, sovente paragonabile a quello d'un arancio, qualche volta a quello d'una testa di feto o d'adulto. Bœckel cita come eccezionale il caso di Zeeman ed Oser, in cui il tumore arrivava alle dimensioni di due teste d'adulto.

Il *contenuto è quasi costantemente sanguigno.*

Le analisi vi hanno scoperto dell'albumina, della paralbumina, dell'urea e dei cristalli di colesterina.

In certe rare osservazioni (2) il liquido era limpido come l'acqua e presentava coll'amido e coi grassi le reazioni caratteristiche del succo pancreatico.

Dal *punto di vista della sede* le cisti della coda del pancreas sembrano essere le più frequenti; almeno ciò risulta dalle statistiche d'Hagenbach e di Bœckel. Basta aver presente alla memoria i rapporti della ghiandola per indovinare la situazione esatta delle cisti rispetto al peritoneo; esse occupano lo spazio retroperitoneale e fanno sporgenza nella cavità posteriore dell'epiploon, mettendosi in tal guisa in connessione colla faccia posteriore dello stomaco, col grande epiploon e col mesocolon trasverso. Quando la borsa è voluminosa, passa fra lo stomaco ed il colon che respinge in basso, e finisce per raggiungere la parete addominale.

Fra gli organi che possono essere compresi è d'uopo citare: il duodeno, il coledoco, l'aorta e la vena cava inferiore, la vena porta e le sue branche d'origine, la splenica e la mesenterica, infine il plesso solare.

Eziologia e Sintomi.

Noi sappiamo poche cose sull'eziologia di queste cisti; le si osservano più soventi negli adulti.

I sintomi iniziali sono generalmente abbastanza oscuri; essi sono dolori addominali occupanti sopra tutto la regione epigastrica e sopravvenienti sotto forma d'accessi ad intervalli più o meno lunghi (3). In un malato di Kocher (4) le crisi dolorose scoppiavano ogni due o tre mesi; vi si possono aggiungere dei disturbi dispeptici, vomiti ed anche delle ematemesi, ma ordinariamente le digestioni rimangono normali e tutto si limita ai fenomeni gastralgici che ho segnalato. In un periodo più avanzato, ma prima ancora che il tumore abbia fatta la sua apparizione, si manifestano altri disturbi i quali sono l'indizio d'un'abolizione più o meno completa della funzione pancreatica, quali sono: il dimagramento, il diabete zuc-

---

(1) Bœckel.

(2) Hann, Sabatier, Kulenkampf citati da Bœckel.

(3) Nevralgie di Friedreich.

(4) Kocher e Lardy, *Corresp.-Blatt. für schw. Aerzte*, 1888.

cherino, le evacuazioni grassose e la diarrea. Del resto questi sintomi non sono particolari alle cisti, essi s'osservano in tutti quei casi in cui la ghiandola pancreatica è più o meno completamente distrutta. Il dimagramento (1) è rapido e talvolta eccessivo, anteriore al diabete, ma da esso accresciuto.

Il *diabete* d'altra parte è raro nelle cisti, e questo si spiega benissimo dopo le esperienze di Minkowski (2) e Von Mering, confermate da quelle di Lépine. Difatti questi osservatori hanno dimostrato, che per produrre sperimentalmente il diabete era necessario praticare l'estirpazione totale del pancreas e che per poco si lasciasse di tessuto ghiandolare, la glicosuria mancava. Ora, nelle cisti è cosa ordinaria che persistano intatte delle porzioni di ghiandola, ed è precisamente nei 4 casi ove la totalità era distrutta, che fu constatata la presenza di zucchero nell'orina (3).

La *comparsa delle evacuazioni grassose* o *stearrea* è un sintoma rilevato già da Kuntzmann nel 1820 nelle affezioni del pancreas: esso ha un valore considerevole, ma niente affatto patognomonico di queste affezioni. Il grasso che si osserva nelle evacuazioni non è altro che quello degli alimenti che non è stato emulsionato ed assorbito; esso forma delle macchie oleose alla superficie dei liquidi diarroici, oppure un intonaco grasso attorno alle materie formate, altre volte esso costituisce delle piccole masse biancastre riconoscibili al loro carattere fisico ed alle loro reazioni chimiche (4). Questo segno è ancora più eccezionale nelle cisti che la glicosuria; difatti Bœckel non ha rilevato che una sola osservazione ove era notato, ed ancora si trattava piuttosto di evacuazioni biancastre e rapprese che di vere evacuazioni grassose.

La *diarrea* per contro è stata osservata in un gran numero di casi. Bœckel non ha particolarmente notato nelle operazioni delle cisti sintomi quali la salivazione, i vomiti grassosi e le orine grassose che sono dati come comuni alle malattie pancreatiche.

In capo ad un tempo più o meno lungo dopo l'insorgenza dei primi accidenti dolorosi, si vede apparire all'epigastrio od in vicinanza dell'ombelico, un tumore regolarmente arrotondato, liscio, ordinariamente *senza bernoccoli e poco mobile*, di consistenza elastica oppure nettamente fluttuante. Il tumore ingrossa a poco a poco e lentamente, a meno che un traumatismo cagionando uno spandimento sanguigno intra-cistico non venga bruscamente a precipitarne l'accrescimento.

La durata è generalmente lunga e l'esito è variabile a meno che non intervenga il chirurgo. La morte è certe volte il risultato dei fenomeni generali e della cachessia che ne deriva; certe altre il fatto d'una complicazione locale. Io ho già notato l'emorragia intra-cistica che può essere fulminante; inoltre la cisti si può rompere nell'intestino (5) o nel peritoneo (6) oppure determinare dei fenomeni di compressione da parte dell'intestino (7) e sopra tutto del coledoco. Questa

---

(1) Secondo Friedreich il dimagramento sarebbe sopra tutto pronunziato quando esistono, contemporaneamente ad una malattia del pancreas, delle complicazioni da parte del fegato o della vescica biliare.

(2) Comunicazione alla Società dei Naturalisti e Medici di Strasburgo, 1889.

(3) Caso di Nicols, di Goodmann e due casi di Recklinghausen (citato da Bœckel).

(4) Arnozan, *Dict. Dechambre*.

(5) Osserv. di Salomon (*Charité-Annalen*, 1877).

(6) Osserv. di Parsons e di Pepper.

(7) Si tratta quasi sempre del duodeno; si è notata anche la compressione del colon trasverso.

ultima complicazione non è notata meno di 9 volte da Bœckel; essa si fa conoscere per l'itterizia e per un'alterazione più o meno profonda delle funzioni epatiche.

La gravità delle cisti del pancreas abbandonate a sè stesse, e la possibilità pel chirurgo d'attenuare la severità del pronostico, ci obbligano ad insistere sui mezzi da impiegarsi per giungere alla diagnosi.

Diagnosi.

A giudicare dal numero degli errori commessi, la diagnosi delle cisti del pancreas può essere considerata come difficilissima. Diffatti, su una serie di 30 osservazioni del periodo contemporaneo (1) non è stata fatta che sei volte; negli altri casi, o è rimasta incerta, oppure è stata erronea e si è presa una cisti del pancreas per una cisti idatica del fegato, una cisti del peritoneo, una cisti del mesenterio, una cisti dell'ovaio (cinque volte), un sarcoma, una cisti retro-peritoneale, infine un ascesso della parete addominale.

Egli è da notarsi che, salvo una volta, la natura liquida della produzione è stata riconosciuta, e che l'errore non è stato fatto che sulla localizzazione; questo evidentemente dipende da ciò, che il tumore pancreatico allorchè è tale da venir rilevato, è già abbastanza voluminoso per presentare in generale una fluttuazione schietta. Per istabilire la diagnosi della sede, si è proposto di praticare una puntura esploratrice e di guidarsi sull'analisi del liquido cistico; ora nè i caratteri fisici, nè l'analisi chimica, non hanno per lo più servito a gran che, due volte solamente è stato permesso di constatare un'azione digestiva od emulsionante. In oltre la puntura non sembra essere stata costantemente inoffensiva; quattro volte fu seguìta da fenomeni peritonitici dovuti allo scolo del liquido cistico nel ventre, senza contare che organi importanti, quale è lo stomaco (2) possono frapporsi tra la cisti e la parete addominale; è dunque giustissimo sostenere, che in queste condizioni, una laparotomia esclusivamente esploratrice offre minori gravità e più vantaggi che una puntura. Ma, prima di venire a questo punto è qualche volta possibile arrivare ad una diagnosi probabile procedendo per eliminazione.

Dopo esserci assicurati che il tumore addominale è indipendente dalla parete, che la sua mobilità non è influenzata dalla fissazione e contrazione di questa, conviene mettere immediatamente fuori di questione gli organi della piccola pelvi. Il senso di sviluppo del tumore e l'aiuto dell'esplorazione vaginale saranno in gran parte sufficienti a convincere il chirurgo che non si tratta d'una cisti dell'ovaio.

L'esistenza d'una zona di sonorità tra il tumore e l'orlo delle false coste, eliminerà il fegato e la milza; però è bene sapere che certe cisti idatiche (ne ho fatto ultimamente l'esperienza) sviluppate nel bordo anteriore del fegato, non sono legate a quest'organo che per una piccola linguetta incapace d'intercettare la sonorità degli organi cavi sottogiacenti, ma allora in simili casi la cisti è mobile e questa mobilità è eccezionale nelle cisti del pancreas. Due ordini di tumori sembrerebbero, secondo

(1) Bœckel.

(2) Le Dentu.

la disposizione comune ch'essi hanno relativamente al peritoneo, confondersi colle cisti del pancreas; e sono le cisti del rene ed i tumori del mesenterio. Difatti vi ha un carattere comune a questi tre organi: essi sono situati tutti e tre dietro al peritoneo ed ordinariamente una produzione sviluppata nel loro spessore lascia tra questo e la parete addominale una porzione del tubo digestivo; sfortunatamente il fatto non è costante, e l'esistenza d'una zona di sonorità al davanti d'un tumore non è sufficiente a circoscrivere la diagnosi nel rene, nel pancreas o nel mesenterio (1).

Comunque siasi, non pare che le cisti pancreatiche siano state prese sovente per tumori renali o viceversa; queste sono, d'altra parte, laterali e più mobili. Non è la stessa cosa del mesenterio, le cui produzioni mantengono precisamente una situazione mediana e sono fluttanti, sia che si tratti di cisti o di lipomi.

L'assenza di mobilità dovrà far pendere la diagnosi da parte del pancreas, il tumore mesenterico oscillando generalmente attorno ad un peduncolo; questo sintoma differenziale non presenta per altro niente d'assoluto e in varii casi sarà ammessibile una riserva; sarà sufficente per questo, che uno dei caratteri abituali della sede, del volume e della fissità delle cisti pancreatiche manchi o sia poco pronunciato. In questa incertezza, è necessario confessarlo, la diagnosi dell'indicazione operatoria è più importante della diagnosi esatta della sede e della natura; nullameno si è ancora in diritto di aiutarsi col metodo d'esplorazione che ultimamente ha descritto Minkowsky (2). Si sa ch'esso è fondato su questo principio, che, sotto l'influenza della distensione dello stomaco e dell'intestino, i tumori addominali tendono a riguadagnare la sede normalmente occupata dall'organo ch'essi hanno invaso; dopo aver determinato sopra uno schema la posizione del tumore, si fa inghiottire all' ammalato del bicarbonato di soda e dell'acido tartarico in quantità sufficiente per dare la distensione dello stomaco; si nota sullo schema lo spostamento del tumore.

Lo stesso si opera sull'intestino crasso riempiendolo di due o tre litri d'acqua. Queste manovre sono particolarmente utili nella diagnosi differenziale tra le cisti pancreatiche ed i tumori cistici del rene (3). Questi ultimi sono spostati per mezzo dell'iniezione, le altre mantengono una situazione invariabile.

Cura.

La semplice esposizione degli sconcerti cagionati dalle cisti del pancreas ci ha dimostrato la loro gravità: essa giustifica ampiamente i tentativi operatori che sono stati fatti in questi ultimi anni (4), tanto più che in particolare i risultati di

(1) Il sintoma dato da Le Dentu: « *Percezione d'un suono idro-aereo in avanti del tumore* » non sembra avere una grande importanza, poichè non fu constatato che una sola volta.

(2) Minkowsky, *Zur Diagnostic der abdom* (*Tum. Berl. klin.*; *Woch. Revue de Hayem*, 1888).

(3) Bœckel.

(4) Nel 1862 Le Dentu metteva l'astensione come regola assoluta; nel 1880 Péan considerava i mezzi d'azione del chirurgo come « *per lungo tempo ancora difficilmente applicabili alle cisti del pancreas* ». Tra i primi in Francia troviamo Nimier (*Arch. méd.*) a perorare la causa dell'intervento. Nel 1888 Tillaux consiglia ancora di non intervenirvi che sotto la minaccia d'accidenti i quali rendano la vita impossibile ed insopportabile.

tale metodo sono stati dei più incoraggianti. Si prevede, dopo ciò ch'è stato detto più sopra al capitolo della *Diagnosi*, ciò che si deve pensare riguardo alla puntura, considerata come procedimento terapeutico. Con più ragione, l'applicazione del metodo di Récamier alle cisti pancreatiche (1) è condannabile; e deve cedere il passo alla laparotomia.

La vera cura delle cisti del pancreas consiste nel mettere allo scoperto la borsa, inciderla e poi suturare i bordi dell'incisione alla parete addominale. La laparotomia si fa sulla linea mediana al davanti del tumore; aperta la cavità peritoneale, si dividono i differenti foglietti che mascherano la cisti, si scartano i visceri, come stomaco e colon, che possono trovarsi al davanti, poi si vuota tutto il liquido colla puntura; è allora permesso di aprire la borsa, pulirla con spugne bagnate in una soluzione antisettica, tamponarla al bisogno, se la sua superficie è sede di una esalazione sanguigna abbondante, ed infine si procede alla sutura come per le cisti idatiche del fegato, e si lascia un tubo a drenaggio nell'orifizio.

Questo procedimento, tal quale lo descrivo, è stato messo in pratica per la prima volta da Gussenbauer e non ha dato che dei successi (2). La guarigione ha richiesto da quattro settimane a quattro mesi di tempo: una variante consiste (3), dopo avere scoperto la cisti, nel suturarla alla parete addominale, rimettendo l'incisione a qualche giorno più tardi.

Un tutt'altro metodo è stato impiegato in certi casi, ed è l'estirpazione totale della cisti. È fuor di dubbio che, se come Bozeman, si avesse la sorte di incontrare un tumore peduncolato, quello sarebbe il metodo da scegliere; sfortunatamente le aderenze ordinariamente sono tali, che il loro distacco espone a gravi accidenti quali per esempio l'emorragia, la rottura del colon (4), lo squarcio delle pareti della cisti ed il versamento del suo contenuto nel peritoneo, ecc. Io penso dunque, che bisogna riservare questa operazione per quei casi in cui i caratteri meglio conosciuti delle cisti farebbero supporre si trattasse d'un neoplasma cistico e non d'una cisti semplice; in tali circostanze, questi tentativi sarebbero giustificati; d'altronde sono stati coronati da successo in un operato da Martin figlio (5).

III.

AFFEZIONI INFIAMMATORIE DEL PANCREAS

L'infiammazione del pancreas è classicamente divisa in acuta e cronica. Questa ultima ha origini variabilissime; essa si osserverebbe in un certo numero di malattie generali caratterizzate dalla debolezza e dal rallentamento della nutrizione (6); essa non è, altre volte, che una propagazione dell'alterazione di un

(1) Caso di Le Dentu, morto di peritonite.
(2) Quindici operazioni, 15 successi di cui 14 definitivi (Bœckel).
(3) Processo di Thiersch.
(4) Caso di Zukowski.
(5) Citato da Bœckel.
(6) Arnozan ne cita anche nelle intossicazioni croniche come l'alcoolismo, l'uremia, ecc.

organo vicino (peritonite tubercolare, ulcera dello stomaco, ecc.); certe volte la sua causa è nella ghiandola stessa e devono essere specialmente incriminati i calcoli dei condotti escretorii. Ma è probabile che qualunque sia il carattere, acuto o cronico, si dovrà ormai tener gran conto d'un altro elemento: l'elemento infettivo; è supponibile difatti che ciò che è stato sì ben dimostrato per le vie biliari, lo sarà ugualmente un giorno per i condotti pancreatici, e che la maggior parte delle pancreatiti non siano che infezioni venute dall'intestino (1). La pancreatite cronica di cui mi sono limitato ad enumerare le cause, non ci occuperà guari; il solo interesse che essa ci presenta è di potere, ad un dato tempo, determinare un'ostruzione del canale di Wirsung e del coledoco. La pancreatite acuta, malgrado l'oscurità che regna ancora sulla sua sintomatologia e sulla sua diagnosi, merita che vi ci fermiamo un po' più a lungo.

La pancreatite acuta può essere primitiva o secondaria; quest'ultima è stata osservata nel corso di alcune malattie infettive, quali la febbre tifoidea, l'infezione puerperale (2) la febbre gialla, ecc., oppure in seguito ad alterazioni degli organi vicini specialmente dello stomaco; tale è il caso di Chiari (3) che incontrò in vicinanza d'un'ulcera rotonda dello stomaco un ascesso racchiudente il pancreas nella sua cavità sotto forma d'una massa nera e friabile. Si sa che Klebs (4) considerava tutti gli ascessi del pancreas come conseguenze di *peripancreatiti*, a meno che non fossero delle cisti suppurate.

La pancreatite acuta è considerata per lo più come un'affezione eccessivamente rara; con tutto ciò Reginald Fitz (5) non ne ha riuniti meno di 54 casi; è vero ch'egli considera un certo numero d'emorragie del pancreas come legate ad una infiammazione acuta della ghiandola; così ammette tre forme di pancreatite acuta: una forma emorragica, una forma suppurata ed una forma gangrenosa.

Reginald Fitz cita 17 osservazioni di pancreatiti emorragiche; la metà di esse si riferiscono a soggetti molto grassi che avevano anteriormente presentato dei fenomeni di dispepsia gastrica, o gastro-duodenale: un sesto solamente degli ammalati era affetto d'alcoolismo. Con o senza periodo dispeptico antecedente, l'affezione s'inizia con un dolore eccessivamente intenso occupante la parte alta del ventre e che non tarda a diventar generale, poi appariscono i vomiti, certe volte biliosi, certe volte nerastri; la stitichezza è ostinata al punto d'aver più volte fatto pensare all'occlusione intestinale, la febbre manca sovente, il ventre è ordinariamente gonfio, bentosto sopravviene il collasso e l'ammalato soccombe dal secondo al quinto o sesto giorno.

All'autopsia si trova la ghiandola raddoppiata di volume, meno consistente, d'un colore violetto o nero; l'infiltrazione sanguigna s'estende certe volte al

---

(1) Si può ammettere che queste infezioni siano favorite da tutti gli stati generali o locali che turbano o alterano la secrezione pancreatica.

(2) Haidlen, *Centralblatt f. Gynaek,* 1884.

(3) Chiari, *Wiener. med. Woch.*, 1876.

(4) Klebs, *Handb. der path. Anat.*, 1876.

(5) Reginald Fitz, *The med. record.*, 1889.

duodeno e fino al mesenterio, i vasi splenici non offrono alcuna alterazione, il tessuto ghiandolare è sparso di piccoli ammassi di cellule rotonde, vi si trovano anche dei bacterii (1).

La *pancreatite suppurativa* è un po' più frequente della precedente. Le tavole di Reginald ne contengono 22 casi. Essa venne osservata specialmente negli adulti, quasi sempre negli uomini (2). Con o senza fenomeni gastralcici anteriori la malattia si annunzia improvvisamente con un accesso di dolori epigastrici, di vomiti talvolta nerastri incessanti, e con una grande prostrazione di forze; la febbre non tarda a dichiararsi, il ventre diviene diffusamente sensibile, ma particolarmente teso e doloroso alla regione dell'epigastrio, non è raro il singhiozzo, si ripetono i brividi e la morte sopravviene in meno di quattro settimane. Si è osservato in un certo numero di casi l'aumento di volume del fegato, un po' di itterizia ed un'abbondante diarrea.

Certe volte i sintomi perdono la loro acutezza, il malato soccombe un po' più tardi emaciato e spossato. Si nota infine una forma di pancreatite nella quale una debolezza progressiva e l'emaciazione sono i soli sintomi iniziali; la febbre manca, il quadro clinico è un po' quello d'una peritonite cronica, la durata può estendersi sino a quattro o cinque mesi ed anche ad un anno. Le constatazioni anatomiche son state variabili; si è trovato il pancreas alcune volte crivellato di piccoli ascessi, alcune altre racchiudente solo alcune cavità grosse come un uovo; a queste lesioni s'aggiungono degli ascessi del fegato, pileflebite, peritonite localizzata. Altre volte la borsa purulenta aveva più importanza ed occupava una gran parte del ventre; è allora che il pus si sarebbe versato nella retrocavità degli epiploon; tolta questa circostanza ed alcune osservazioni, nelle quali il pancreas intiero è stato completamente convertito in una cavità più o meno tramezzata, ripiena di pus, è raro che la pancreatite suppurata abbia dato luogo ad un tumore circoscritto: evidentemente è questo uno dei fatti più importanti dal punto di vista della diagnosi.

La *pancreatite gangrenosa* è insomma meno una forma distinta, che un esito della pancreatite; s'è vista in seguito ad una perforazione dello stomaco, dell'intestino o dei condotti biliari; il modo di inizio ed i sintomi addominali rassomigliano ai precedenti; i dolori parossistici hanno fatto pensare, in un caso, che si trattasse d'una colica epatica; la stitichezza ha potuto essere abbastanza tenace per far credere ad una occlusione intestinale.

L'esito fatale è il più delle volte arrivato dal quarto al diciottesimo giorno ed ha potuto anche tardare fino alla fine del secondo mese. Due ammalati su 15 sono guariti mediante l'eliminazione d'un'escara attraverso l'intestino.

Insomma, le varietà delle pancreatiti hanno dei caratteri comuni che possono così riassumersi: inizio generalmente repentino in individui sani od affetti già da

(1) Tutta questa descrizione è tolta dalla Memoria interessante di Reginald Fitz.

(2) Fuori delle cause descritte nell'eziologia delle pancreatiti acute, in generale, si citò un caso d'ascesso consecutivo alla penetrazione d'un lombrice nel canale di Wirsung. Secondo Norman Moore, la trombosi della vena porta occuperebbe una gran parte nella patogenesi degli ascessi del pancreas.

malattia gastro-duodenale con un dolore parossistico risiedente all' epigastrio, accompagnato da vomiti, da stitichezza, da fenomeni generali, talvolta da febbre e da un rigonfiamento male definito alla regione ombelicale (1). Si può allora esitare tra un avvelenamento, una perforazione del tubo gastro-intestinale o delle vie biliari ed una ostruzione dell'intestino. Quest'ultima è piuttosto rara all'epigastrio, la distinzione da una peritonite perforativa ci sembra delle più difficili al principio, ma si potrà pensare ad una pancreatite quando i fenomeni acuti si saranno calmati, ed il rigonfiamento sarà rimasto locale. In tal caso, autorizzato dalla gravità della situazione, non vedrei alcun inconveniente a seguire il consiglio di Senn, ed a tentare una laparotomia esploratrice; la cura *consisterebbe* evidentemente nella semplice incisione di uno, o degli ascessi, nella loro pulitura e nel loro drenaggio.

IV.

CANCRO DEL PANCREAS

A proposito delle cisti del pancreas, ho emessa l'opinione, già confermata da alcuni fatti, che la patogenesi di queste cisti potesse essere, come per la maggior parte delle cisti dell'ovaio, sotto la dipendenza d'una degenerazione epiteliale della ghiandola; all'infuori di questi epiteliomi cistici e di alcuni casi eccezionali di sarcomi, il neoplasma abituale del pancreas è il cancro.

Il cancro del pancreas al giorno d'oggi non è più considerato come una malattia eccezionalmente rara. Già nel 1864, Ancelot aveva potuto riunirne più di 200 casi; numerose osservazioni sono state pubblicate in seguito; citerò fra le più recenti quelle di Vernay (2) e quelle che hanno radunate Bard e Pic (3) nella loro interessante monografia. D'altronde non ho l'intenzione di presentare una storia completa del carcinoma pancreatico: non voglio qui darne che un breve cenno clinico.

Le cause del cancro sono oscure tanto per il pancreas che per gli altri visceri (4); un certo numero di neoplasmi non è che la propagazione alla ghiandola di tumori sviluppati nella vicinanza, nello stomaco, nel duodeno o nel fegato; altri son primitivi.

La sede più frequente è la testa della ghiandola; è questo uno dei fatti più importanti da notare in ragione dei rapporti che assume questa parte del pancreas col duodeno e colle vie biliari: difatti è regola che il coledoco sia interessato e più o meno ostruito; non è raro che la costrizione s'eserciti sulla prima parte dell'intestino; si è infine notata la compressione del colon, dell'uretere e dei grossi vasi, quali i mesenterici, gli splenici, e più sovente ancora della vena porta e della

---

(1) Conviene sempre pensare alla ricerca della glicosuria e della stearrea.

(2) Tesi di Lione, 1884.

(3) Bard et Pic, *Cancer primitif du pancréas* (*Revue de Méd.*, 1888). — Vedasi egualmente Remo Segre, *Ann. univ. di Med. e Chir.*, 1888.

(4) Lo si è osservato in ogni età, specialmente dai 30 ai 60 anni; se ne notò qualche caso nei ragazzi. — Kuhn, *Berl. klin. Woch.*, 1887.

vena cava inferiore. Il volume del tumore è variabile, paragonato a quello d'un grosso uovo, del pugno, d'una testa di feto (1), ecc. Tutte le forme istologiche del cancro sono state osservate (2).

Il tessuto pancreatico non invaso subisce delle alterazioni che sono la conseguenza dell'ostruzione del canale di Wirsung; vi si osserva una serie di piccole dilatazioni cistiche e tutte le lesioni della sclerosi. La diffusione del neoplasma si fa agli organi prossimi, specialmente al fegato, al peritoneo ed allo stomaco; la generalizzazione è stata osservata nei polmoni, nella milza; essa però sarebbe poco frequente in ragione senza dubbio dell'evoluzione rapidamente mortale risultante dai soli disturbi arrecati dalla lesione locale.

Sintomi e Diagnosi.

La perdita delle forze ed il dimagramento rapido sono certe volte i primi sintomi che svegliano l'attenzione degli ammalati; in altri casi esistono, fin dal principio, dei disturbi digestivi, quali sono l'inappetenza, indigestioni con vomiti, o diarrea; l'epigastrio diviene la sede d'un dolore, sordo dapprincipio, poi più acuto con corrispondenza al dorso. Ben presto apparisce, d'ordinario gradatamente ma certe volte anche bruscamente, un'itterizia intensa la quale acquista di giorno in giorno una tinta più carica che non retrocede più. L'ammalato dimagrisce ogni giorno di più, il tumore diviene sensibile all'epigastrio o al disotto dell'ipocondrio destro; la morte sopravviene in generale in meno d'un anno per il progresso della chachessia o pel fatto di una complicazione quale è la compressione del duodeno, del colon, ecc., diverse emorragie.

La diagnosi di una tale affezione è generalmente considerata come estremamente difficile. Jaccoud (3) insisteva nelle sue lezioni cliniche sul complesso sintomatico offerto dalla glicosuria, dalle evacuazioni grassose, dal dimagramento e da una tinta bronzina della pelle. Bard e Pic hanno particolarmente messo in evidenza l'importanza dell'itterizia progressiva e della dilatazione della vescica biliare, aggiunte alla mancanza d'aumento di volume del fegato ed alla cachessia precoce. La percezione, per mezzo della palpazione addominale, d'un tumore pancreatico, sarebbe cosa rara; la scialorrea, l'esistenza di feci grassose e della glicosuria non avrebbero che un interesse secondario. Invece l'albuminuria sarebbe quasi costante, e si dovrebbe sempre cercare il sintoma di Sahli (4).

Insomma ci troviamo in presenza d'un ammalato affetto da itterizia cronica con rapido dimagramento. Si pensa naturalmente alla litiasi biliare ed ai calcoli che determinano specialmente un'itterizia permanente, cioè ai calcoli del coledoco; io non credo si possa a guisa di Bard e Pic, invocare la rarità di questi casi per eliminarli; invece non sono tanto eccezionali, inoltre essi apportano, come il cancro

---

(1) Osserv. di Bard.

(2) ARNOZAN.

(3) Clinica della Pitié.

(4) Secondo questo autore (citato da Bard), la decomposizione del salolo in acido salicilico ed acido fenico si compirebbe nell'organismo sotto l'influenza del succo pancreatico e cesserebbe di riprodursi dopo la distruzione del pancreas.

del pancreas, la dilatazione della vescichetta, un tumore biliare (*a*). Sopra tutto bisognerà basarsi sull'esistenza anteriore di coliche epatiche da una parte, e dall'altra sui sintomi d'una cachessia a decorso rapidissimo e sulla presenza d'un tumore all'epigastrio, ma quest'ultimo non è percettibile che in un terzo degli ammalati (1), ed è tale caso questo in cui la difficoltà non può essere troncata che da una laparotomia esploratrice.

La diagnosi differenziale del cancro pancreatico dev'essere fatta col cancro degli organi vicini e specialmente col cancro del fegato o delle vie biliari.

Nel cancro primitivo del fegato l'itterizia è meno carica, il fegato è grosso e bernoccoluto, mentre che nel cancro pancreatico l'organo epatico non è aumentato di volume (2). Quest'ultimo segno negativo servirebbe alla diagnosi differenziale col cancro del fegato consecutivo a un cancro primitivo d'una porzione del tubo digerente.

[**Cura.** — La gravità della prognosi del cancro del pancreas, gravità dipendente dai rapporti anatomici dell'organo, non esclude tuttavia, oltre ai tentativi di cura radicale, una cura sintomatica che può anche, secondo le indicazioni, valersi di risorse chirurgiche, come la colecistoenterostomia e la gastroenterostomia (D. G.)].

CAPITOLO III.

AFFEZIONI CHIRURGICHE DELLA MILZA

Le affezioni chirurgiche della milza possono essere classificate in quattro gruppi principali: Le *lesioni traumatiche,* gli *spostamenti,* le *alterazioni parassitarie* ed i *neoplasmi.*

Lesioni traumatiche. — Ferite. — *Med. and surg. hist. of the war of the Rebellion*, 1876, vol. II, pag. 11. — Mayer, *Die Wunden der Milz*, Lipsia 1878.

Contusioni e rotture. — Bailly, *Revue méd.*, 1825. — Besnier, *Dict. encyclop. des Sciences médicales.* — E. Collin, *Mém. de Méd., Chir. et Pharm. militaires*, 1855. — Gendrin, *Journal général de Méd.* — Lande, *Journal de Méd. de Bordeaux*, 1890. — Meunier, *Bull. de la Société Anat.*, 1863. — Vigla, Ricerche sulla rottura della milza; *Arch. génér. de Méd.*, 1845. — Barallier, *Arch. génér. de Méd.*, 1888. — Mayer, loc. cit. — Adelmann. — Corre, *Arch. de l'anthrop. criminelle*, 1888.

(*a*) [Pare però che la ostruzione del coledoco da calcoli si accompagni piuttosto a sclerosi, atrofia e raggrinzamento della vescichetta biliare, per cui, malgrado un certo numero di eccezioni constatate al tavolo anatomico, la dilatazione della vescichetta costituisce piuttosto una presunzione a favore di una occlusione maligna del coledoco (*Sem. méd.*, 1893, pag. 569 e 1894, pag. 53. (D. G.)].

(1) Secondo Da Costa, *North.-Amer. Review* 1858.

(2) Bard e Pic.

I.

LESIONI TRAUMATICHE

Alle lesioni traumatiche si riferiscono essenzialmente le ferite e le contusioni; io vi aggiungerò lo studio delle rotture, sebbene il trauma non ne sia invariabilmente la condizione principale e nemmeno necessaria.

FERITE DELLA MILZA

Le osservazioni delle ferite della milza sembrano relativamente rare e ciò si può spiegare colla situazione profonda dell'organo, e per tal fatto può darsi che buon numero di ferite accompagnanti le alterazioni d'altri organi sieno passate inosservate. Mayer (1), a cui noi dobbiamo il più completo lavoro sui traumatismi splenici, ha riunite 48 osservazioni di ferite della milza: vi si possono aggiungere alcuni casi riportati nell'istoria della guerra di Secessione (2).

Eziologia.

Sulle 48 osservazioni raccolte da Mayer, si contano due ferite per istrumento pungente, 25 per istrumento tagliente e 21 per armi da fuoco. Fra queste ultime, 5 soltanto non erano complicate da altre alterazioni viscerali; nelle altre 16 esistevano nel medesimo tempo delle lesioni del fegato, o dello stomaco, dell'intestino, del rene e sopra tutto del diaframma e del polmone.

Le ferite per istrumento pungente o tagliente sono state occasionate da diversi agenti vulneranti; si notano alcuni esempi di ferite prodotte dal trequarti nella puntura d'una ascite (3), altre per colpi di coltello, o per diversi istrumenti da guerra, quali: spade, sciabole, baionette, ecc. Larrey (4), che non ha visto nella sua lunga carriera che tre esempi di ferite della milza prodotte da arma bianca, fa osservare « che le persone che adoprano le armi dalla mano sinistra, son più esposte alla lesione della milza perchè esse presentano allo scoperto il fianco di questo lato ». In appoggio di ciò cita la storia d'un granatiere mancino che aveva ricevuto la sua ferita in un duello. Si citano infine altri fatti di ferite per colpi di corna.

Prognosi.

Le punture della milza sembrano in generale assai benigne. Cameron (5) insiste sulla innocuità delle punture della milza fatte sovente nelle Indie a scopo terapeutico. I due feriti citati da Mayer guarirono.

---

(1) *Die Wunden der Milz*, Lipsia 1878.

(2) *Med. and. surg history of the war of the Rebellion*, vol. II, parte 2ª, 1876.

(3) *Accademia di Medicina*, 1846, e Tesi di Brard, 1859.

(4) Larrey, *Clin.*, vol. II.

(5) Citato da Mayer (V. *Lancet*, 1874). Mayer ha fatto esperimentalmente delle punture nella milza su 7 cani: ne morì uno solo.

Le ferite per istrumento tagliente comportano un pronostico più severo. Con tutto ciò si ebbe guarigione nel caso di Larrey ed in quelli di Williams (1) e di Sappey (2). In seguito a ciò conviene modificare l'opinione degli antichi chirurghi, che mettevano al medesimo livello di gravità le ferite della milza e quelle del cuore.

I pericoli determinati da una ferita della milza possono essere immediati o consecutivi. I primi risultano dall'importanza dei vasi sezionati; posso presentare come esempio quell'osservazione d'Otis, nella quale un prigioniero, volendo evadere, ricevette un colpo di baionetta nel fianco sinistro; soccombette qualche ora dopo, e si constatò che l'arma aveva, penetrando d'un solo pollice, tagliata l'arteria. I pericoli consecutivi consistono nell'infezione del peritoneo; se la peritonite è attenuata e localizzata, la guarigione diviene ancora possibile (3).

Le ferite per armi da fuoco sono evidentemente le più gravi fra tutte; ma è necessario distinguere le ferite limitate alla milza dalle ferite complicate con altre lesioni. Le prime han dato, nella statistica di Mayer, due guarigioni su cinque, ed in quella d'Otis due su quattro.

Le ferite complesse, cioè quelle non limitate alla milza, hanno un pronostico variabile, ed in rapporto colla natura, il numero e l'importanza dei visceri colpiti. Esse portano ad una morte immediata o rapida attribuibile allo shock ed all'emorragia ed a diverse complicazioni più o meno precoci, quali la pleurite purulenta, la peritonite ed anche la pericardite (4). La lesione splenica allora può passare in secondo grado, come nell'osservazione di Béhan (5) nella quale un ferito morì d'una malattia di Bright al Guy's Hospital quattro anni dopo la perforazione del colon per un proiettile ricevuto a Sebastopoli. All'autopsia si scoperse un proiettile nella milza.

Io mi sono limitato, in questa rapida rivista, a stabilire sopra tutto la gravità relativa di ogni genere di ferita. Qui difatti i sintomi e la diagnosi passano in secondo grado. I sintomi sono quelli delle ferite dell'addome accompagnate da abbondanti emorragie; la sola sede della ferita può far supporre che la milza è interessata (6). Del resto, la diagnosi della lesione è meno importante della diagnosi dell'indicazione e quest'ultima è la medesima che per le ferite dell'addome in generale.

Prolasso traumatico. — È necessario eccettuare i casi in cui una porzione d'organo ha fatto ernia attraverso alla ferita dei tegumenti. Questi casi non sono eccezionali; in seguito ad un colpo di coltello all'ipocondrio, o nel fianco sinistro, la milza può impegnarsi nella ferita e venirvi a fare una sporgenza più o meno grande. Il prolasso è molto più raro in seguito ad una ferita per arma da fuoco.

---

(1) Williams, *Ferita per colpo di baionetta* (*Circul.* n. 3).

(2) Sappey, *Lacération par coup de corne* (*Union médic.*, 1864).

(3) Leveillé, *Blessure par coup de sabre; guérison après péritonite* (*Nouv. Doctr. chir.* — Parigi 1812, t. 1).

(4) Duret, *Soc. Anat.*, 1873.

(5) Citato da Otis.

(6) Dupuytren, Hunter, ecc., avevano già insistito sull'assenza di sintomi particolari nelle ferite della milza.

Otis per altro ne cita un esempio (1). Del resto l'ernia traumatica della milza non esige necessariamente una ferita dell'organo, e del pari nella maggior parte delle osservazioni la milza sembra essere stata primitivamente sana; essa appariva allora sotto la forma d'un corpo carnoso, azzurrognolo, accompagnato certe volte dall'epiplon e dall'intestino (2). Essa è ordinariamente serrata tra i labbri della ferita ed irreducibile (3).

Ferito o no, l'organo non tarda a subire delle grandi modificazioni. Insensibile, freddo, nerastro sin dal principio (4), può mortificarsi solo secondariamente; la ferita comincia a suppurare, prende un odore fetido, e la parte strozzata s'elimina con un corteggio di fenomeni locali e generali in rapporto coll'asepsi o coll'infezione della ferita. Il prolasso traumatico sembra essere stato più sovente incompleto e la resezione che se ne è fatta, una resezione parziale. Con ciò il prolasso è stato totale nelle osservazioni di Bazille (5), Donnell (6), Leuhossek, Clarke e più recentemente di Severeanu, ecc. Il pronostico di questi prolassi traumatici con o senza ferita della milza, sembra essere benigno. Nelle 15 osservazioni riunite da Blum (7) fu ottenuta la guarigione.

Cura.

Noi considereremo successivamente le ernie della milza attraverso una ferita toracica o addominale, e le ferite della milza propriamente dette.

Quando si tratta d'un prolasso traumatico recente, con integrità del tessuto splenico, è affatto indicato di ridurlo dopo avere al bisogno sbrigliato. La riduzione sarebbe ancora necessaria secondo Mayer, se l'organo ernioso offrisse una ferita netta in cui si potesse fare l'emostasi e la riunione (8).

Fuori di questi casi che sembrano eccezionali, la vera cura dell'ernia traumatica consiste nell'estirpazione dopo la legatura (9); questa condotta chirurgica è stata

(1) Un proiettile entrò a $1/2$ pollice a sinistra della quarta vertebra lombare ed uscì tra l'8ª e la 9ª costa, a mezza via fra lo sterno e la cresta vertebrale. La milza fu escisa dietro legatura; la guarigione ebbe luogo in due settimane.

(2) Clarke, *Phen. nat. curios.*, IV e V. — Wilson Chelius, *Handb. der Chir.*, 1743.

(3) Horless Rheinisch, *Arch. méd.*, 1883 (citato da Blum). Il 20 gennaio 1797 un individuo ricevette in una mischia diversi colpi di coltello; si diede a rincorrere il suo avversario; nella corsa s'avvide che un brandello di carne pendeva fuori della sua ferita. Ne fu tanto spaventato che svenne e fu portato così nel suo letto. Il 21 gennaio si constatò che quest'individuo aveva tra la seconda e la terza costa falsa sinistra una ferita da cui era uscita una porzione della milza, di forma piramidale, larga un pollice e lunga cinque. Essa era talmente serrata tra i labbri della ferita che, malgrado la sua poca sensibilità, non fu possibile rimetterla a posto. Si applicò una legatura e l'ammalato guarì.

(4) Fergusson, *Philos. Transact.*, 1737.

(5) *Rev. de Méd. et de Chir. milit.* (citato da Blum).

(6) *Transact. of the med. and phys. Soc. of Calcutta*, 1836.

(7) Io faccio astrazione delle osservazioni I e XIV.

(8) Questi casi di riduzione sono rari; il dottor Oks (*Saint-Petersburg med. Woch.*, 1876) ne ha narrato uno. Una donna di 70 anni aveva un prolasso della milza prodotto da un colpo di corno. La milza fu ridotta e la ferita guarì per prima intenzione (Adelman). In un altro caso (Eulenberg, *Berl. med.*, 1881) sopravvenne una emorragia dopo la riduzione. Perciò è meglio non ridurre mai prima d'essersi assicurati dello stato esatto del tessuto splenico.

(9) Si potrebbe con vantaggio impiegare la legatura elastica.

seguita da pieno successo 15 volte su 15 nella statistica di Blum, e 24 volte su 25 in quella di Adelman (1). La guarigione sopravvenne ugualmente nel caso già citato d'una ferita d'arma da fuoco.

La difficoltà della cura è molto più grande quando si tratta d'una ferita della milza senza prolasso; peraltro c'è una indicazione da soddisfare, del resto non ispeciale alle ferite della milza, che dovrebbe levare tutte le esitazioni, e questa indicazione è quella di fare l'emostasi. Quando, perciò, una ferita per istrumento tagliente, o per arma da fuoco, che occupa l'ipocondrio sinistro, s'accompagna coi sintomi speciali d'un'emorragia interna, o a più forte ragione, quando il sangue cola in abbondanza dalla ferita esteriore, si è autorizzati ad allargar la ferita, a cercar la sorgente dell'emorragia, e, se v'è bisogno, a gettare una legatura sul peduncolo della milza ed a fare l'ablazione di quest'ultima. Le occasioni di praticare questa terapeutica, saranno, non me lo dissimulo, assai eccezionali.

II.

CONTUSIONI E ROTTURE DELLA MILZA

La milza può, sotto l'influenza d'una contusione delle pareti toracico-addominali, subire differenti alterazioni di struttura, che vanno da una semplice infiltrazione sanguigna alla lacerazione più completa ed alla riduzione dell'organo in poltiglia (2). Talvolta le lesioni sono occasionate da un frammento di costa che s'è approfondato in pieno tessuto splenico; così nell'ammalato di Campbell a cui una costa fratturata aveva attraversato il diaframma, l'ileo, e fatta una larga lacerazione alla milza.

Ma quelle son ferite da scheggie ossee piuttosto che vere contusioni; in queste non è necessario che la cintura ossea sia fratturata, o seppure essa lo è, che un frammento faccia l'ufficio come d'una specie d'istrumento pungente sotto cutaneo (3). La milza è indirettamente soggetta a contusione ed a lacerazione senza grande lesione concomitante delle pareti toracico-addominali, e questo allo stesso modo che il polmone, il fegato, l'intestino, ecc. Le alterazioni, quando sono leggiere, passano inosservate; esse non richiamano guari l'attenzione se non quando la lacerazione della capsula e lo spandimento di sangue che ne risulta permettono di applicar loro il nome di rottura. Anche lo studio della contusione non è in generale separato da quello della rottura della milza; nè intendiamo scostarci da tale uso.

Contusione semplice. — Verneuil (4) per altro ha tentato di assegnare alla contusione semplice senza rottura una fisionomia clinica. Non si appoggia, è vero, su alcuna osservazione anatomica, ma secondo l'eminente professore, i sintomi

(1) Il caso di Otis è compreso in questa cifra.

(2) Nélaton, *Path. chir.*, t. IV.

(3) Heidenhain, *Emorragia mortale della milza in seguito a frattura d'una costa* (*Vierteljahr. f. ger. Med.*, XLVI).

(4) Verneuil, *Mémoires de Chir.*, vol. III, e Mathon, Tesi 1876.

della splenite che segue la contusione sarebbero assai significativi per autorizzare a portare una diagnosi affermativa. Questi sintomi consistono in un dolore all'ipocondrio con febbre a forma intermittente.

Il dolore, talvolta molto vivo, è il più sovente sordo, limitato alla regione splenica o irradiato all'addome ed all'arto inferiore sinistro; esso è aumentato dalla pressione e dai movimenti respiratorii.

La febbre a tipo quotidiano ritorna con accessi più o meno completi o regolari, alla sera o alla notte. La milza è aumentata di volume.

Come cura Verneuil consiglia l'amministrazione d'un emeto-catartico e del solfato di chinina nello stesso tempo che i rivulsivi locali.

ROTTURE DELLA MILZA

Eziologia.

Ad un grado più avanzato la contusione della milza è suscettibile di produrre una vera rottura, cioè una lacerazione che interessa nel medesimo tempo l'involucro ed il tessuto vascolare dell'organo. Questo fatto si osserva nei grandi traumatismi del torace; una ruota di vettura fracassa diverse coste, la milza è lesa come il fegato, il rene, ecc. (1). Si nota ancora questa complicazione in seguito alla caduta da un sito elevato (2), ad un calcio nell'ipocondrio, ad una sassata (3), a calci di cavallo, ad un urto del timone di una vettura (4), ecc. In questi esempi differenti la violenza del traumatismo è sufficiente a spiegarci l'importanza della lesione, e la rottura può essere realmente qualificata per traumatica. In altri casi è tutt'altra cosa; la rottura è sopravvenuta dopo una leggiera contusione, talora anche insignificante (5), oppure in seguito ad uno sforzo, ad un accesso di tosse, o di vomito. Talvolta, infine, è in un modo assolutamente spontaneo ch'essa si è prodotta. In quest'ultima classe di fatti, interviene una nuova condizione patogenica, cioè l'alterazione antecedente della milza. Vi sono dunque delle rotture di milze sane e delle rotture di milze ammalate. Le alterazioni della milza che più predispongono alla rottura, sono in prima linea quella che si osserva nell'infezione palustre, più raramente nella febbre tifoidea. Così le rotture spontanee sono state specialmente studiate nei paesi ove dominano le febbri. E. Collin (6) ne ha fatte 9 autopsie in Africa. Nell'India, Playfair (7) ha potuto riunirne più di 20 casi nello spazio di due anni e mezzo.

---

(1) Ziembicki, *Soc. Anat.*, 1872. — Un carrettiere è rovesciato da una grossa vettura che gli passa sul corpo e gli frattura sette coste; muore 14 ore dopo. Si trova all'autopsia una grande lacerazione del fegato, dei reni e della milza che era ridotta in poltiglia. — Vedasi anche Havage, *Soc. Anat.*, 1880.

(2) Cayrel, *Gaz. des hôp.*, 1840.

(3) Sotis, *Gaz. méd.*, 1840.

(4) Verger, *Gaz. méd.*, 1843.

(5) È quella una circostanza interessante dal punto di vista medico-legale. — V. Corre, citato più sopra.

(6) E. Collin, *Mém. de Méd. Chir. et Pharm. milit.*, 1855.

(7) Citato da Meunier. — V. pure Barallier, loc. cit., e Corre, *Arch. de l'Anthrop. criminelle*, 1889.

Anatomia patologica.

Si trova generalmente nella cavità addominale uno spandimento di sangue considerevole (1). Questa quantità di sangue è stata spesso valutata a più litri. La milza è circondata da grumi di sangue che la nascondono, e non è che dopo averli staccati che è possibile assicurarsi dell'estensione della lacerazione e dello stato del tessuto splenico. Si citano nelle osservazioni delle lacerazioni di 4 centimetri ed anche 12 centimetri di lunghezza (2).

La rottura potrebbe essere sotto-capsulare secondo Barallier; questa consisterebbe in una distruzione del tessuto splenico per un focolare emorragico con integrità della capsula ispessita; si deve tutt'al più, dal punto di vista patogenico, considerare simili casi come un primo stadio conducente alla lacerazione completa, ma queste non sono delle vere rotture. Tralascio apposta d'insistere sulle alterazioni speciali della milza nel paludismo, nella febbre tifoidea, ecc.; devo solamente ricordare la reazione del peritoneo in presenza del liquido sparso; questa reazione sarà evidentemente in un rapporto diretto col grado e colla natura dell'infezione splenica. In un caso (3) si trovò nell'addome del sangue mischiato con del pus; la milza che s'era rotta richiudeva alla sua estremità superiore un ascesso del volume del pugno.

Sintomi e Diagnosi.

Si descrive, dal punto di vista sintomatico, una forma acutissima ed una forma acuta della rottura della milza (4); nella prima, la morte è fulminea, l'ammalato impallidisce improvvisamente e soccombe senza aver avuto talvolta il tempo o la forza di gettare un grido; in altri, la vita si prolunga di qualche ora; così l'ammalato del dottore Cayrel (5) che s'era rotto la milza in una caduta sul petto e sul ventre, non morì che due ore dopo l'accidente.

Nella *forma acuta* la vita può continuare per alcuni giorni e permettere al medico accorso di proporsi il quesito della diagnosi e dell'indicazione terapeutica. Un ammalato di Barallier cade il 14 gennaio e non soccombe che il 26; la rottura era, è vero, sotto-capsulare, ma nel caso di Chaumel (6) la rottura era affatto completa, e la vita durò ancora 12 giorni; l'ammalato si trovava in uno stato soddisfacente, aveva voluto abbandonare l'ospedale, ma giunto sulla soglia, cadde improvvisamente in sincope (7).

---

(1) Mayer, Barallier, *Arch. méd.*, 1888. — Goubaux cita l'esempio di un cavallo nel quale si trovarono 18 litri di sangue nella cavità addominale.

(2) La lacerazione offre differenti direzioni e differente sede. Si è osservata sulla faccia esterna, sulla parte anteriore lungo il solco e sulla faccia interna, ecc.; talvolta è longitudinale, tal'altra trasversale.

(3) Citato da Mayer.

(4) Meunier.

(5) *Gaz. des hôp.*, 1840.

(6) Citato de Meunier.

(7) Lacerazione di quattro o cinque millimetri; peritonite parziale.

In questa forma a decorso rallentato di rottura della milza, ai sintomi d'emorragia interna dell'inizio, succedono i sintomi d'una splenite e d'una perisplenite più o meno intense; il fianco e l'ipocondrio sinistro sono sede di vivo dolore irradiato o no, la respirazione è stentata, il polso è piccolo; la reazione del peritoneo si rivela colla febbre, coll'alterazione della fisionomia, con nausee, vomiti, rigonfiamento del ventre, ecc. Barallier insiste inoltre sulla tinta ecchimotica, localizzata all'addome ed alla regione lombare.

Malgrado tutto ciò, la diagnosi resterà generalmente incerta. E. Collin confessa di non aver potuto mai far altro che supporla, e Besnier fa giudiziosamente osservare, che ciò che è permesso di riconoscere, è meno la rottura della milza stessa che non le lesioni spontanee o traumatiche che precedono questa rottura. Si dovrà nullameno pensarvi quando in un malarico con grossa milza si avrà assistito alla successione dei fenomeni di cui abbiamo più sopra presentato lo schema.

In presenza di casi così gravi, sia che la peritonite abbia fatta o no la sua apparizione, noi pensiamo che un chirurgo sarebbe autorizzato ad obbedire alle indicazioni generali della chirurgia, cioè a fare l'emostasi e l'antisepsi del focolaio della rottura. Io credo dunque che Mayer ha ragione di ascrivere le rotture della milza tra le indicazioni della splenectomia, non illudendomi però in alcun modo sulla frequenza dei casi in cui si potrà fare con profitto questa operazione (1).

III.

SPOSTAMENTI DELLA MILZA

Noi abbiamo precedentemente studiata tutta una serie di casi nei quali in seguito ad una soluzione di continuità fatta alle pareti toracico-addominali, la milza, lesa o no, è venuta a far ernia attraverso la ferita. Esistono altri spostamenti nei quali, senza lasciare la cavità addominale, la milza abbandona la fossa splenica per venire ad occupare differenti regioni più o meno distanti quale la regione ombellicale, la fossa iliaca e perfino la cavità pelvica (2).

L'origine di questi spostamenti può essere traumatica, secondo l'osservazione di Verga (3), dove, in causa d'un colpo del timone di un carretto nel fianco sinistro, la milza lacerata fu trovata nella fossa iliaca sinistra.

In altri casi si può accusare come causa di spostamento l'aumento di volume della milza; è ammissibile che diventando più voluminoso e più pesante, l'organo abbia una tendenza ad oltrepassare i movimenti fisiologici ai quali è sottoposto sia durante la respirazione, sia durante la digestione. Le varie milze mobili che ha presentato Cruveilhier erano ipertrofiche; quella di Ruysch (4) pesava 4 libbre; quella di Morgagni, 3 libbre; quella di Horne, da 5 a 6 libbre, ecc. Per altro si

(1) Adelman non accenna nelle sue tavole, contenenti 54 osservazioni, ad alcun caso di splenectomia per rottura.

(2) Ammetto gli spostamenti congeniti che non presentano guari interesse pel chirurgo.

(3) *Gaz. méd.*, 1843. — V. anche *Gaz. des hôp.*, 1874.

(4) Correnson, Tesi 1876.

sono osservate delle milze mobili d'un volume ordinario (1); forse si dovrà accusare in questi ultimi casi la conformazione anormale dei mezzi di fissità della milza.

Ho più sopra ricordato, come sede occupata dalla milza mobile, la fossa iliaca e la cavità pelvica. Si è vista la milza addossata all'utero (2), alla vescica, al retto; si è incontrata nelle regioni inguinali e lombari (3). Talvolta la mobilità sparisce o diminuisce in conseguenza delle aderenze contratte cogli organi vicini.

Si notano come sintomi determinati dalla milza spostata e mobile, delle sensazioni interne di mobilità e di stiramento (4). Altre volte i fenomeni sono stati più gravi e consistevano in fenomeni di compressione dello stomaco e dell'intestino (5).

La diagnosi riposa sulla constatazione d'un tumore mobile che si possa far risalire fino alla sua sede d'origine, l'ipocondrio sinistro. Questo tumore è per lo più sensibile, di forma allungata ed arrotondita. Besnier consiglia di cercar di constatare una diminuzione di volume mediante il freddo, l'elettricità, il solfato di chinina, ecc.

La diagnosi differenziale col rene mobile si farà sopra tutto mediante l'esplorazione attenta della regione lombare e la ricerca del palleggiamento renale secondo i particolareggiati ed utili precetti che ne ha dato Guyon.

Come cura si può consigliare agli ammalati di portare una cintura speciale, ma in quei casi in cui questo mezzo fosse insufficiente ad alleviare i forti dolori possiamo domandarci se una terapia più attiva non sarebbe a proposito. Se noi consultiamo le tavole di Adelmann, troviamo che la splenectomia è stata praticata sei volte per milze spostate e il più sovente aumentate di volume (6). Noi possiamo aggiungervi i casi di Polk (7), di Nilsen (8), di Dittel (9) e di Prochownick (10); su questi dieci casi l'operazione fu tre volte seguita da morte, ma è bene ripeterlo, in nove almeno di queste 10 osservazioni, l'organo era anormale ed ipertrofizzato; sopra un organo sano, noi saremmo tentati di praticare una splenopessia.

IV.

ALTERAZIONI PARASSITARIE

Comprendiamo sotto questo titolo la tubercolosi (11), le differenti infiammazioni ed infine le cisti idatiche della milza. Ci fermeremo solo su queste ultime e sugli ascessi.

(1) Choisy, Soc. Anat., 1863.
(2) Riolano.
(3) Morgagni.
(4) Besnier.
(5) Caso di Choisy e d'Alonzo: occlusione intestinale mortale.
(6) Sono i casi d'Arbinati, di Martin, di Czerny, d'Alonzo, d'Albert e di Donat.
(7) Polk, *New-Jork Observ.*, 1886.
(8) Wilson, *New-Jork med. Rec.*, 1888.
(9) Società di Medicina di Vienna, 1888.
(10) Società Medica di Amburgo, 1885.
(11) La tubercolosi primitiva della milza sembra un'affezione eccessivamente rara; di più le produzioni tubercolari non arrivano giammai ad un grande volume. Noi abbiamo trovato un solo esempio di splenectomia per tubercolosi, quello di Lawrance-Burke (*Dubl. Journ. of med. Sc.*,1889). Si

ASCESSI DELLA MILZA

Ascessi della milza — Blanc, Tesi 1879. — Grand Moursel, Tesi 1885. — Jocarelli, Tesi 1877. — Porsina, Tesi 1889.

Gli ascessi della milza non sono che uno degli esiti delle differenti varietà di splenite. Elimino, in questo breve studio, le suppurazioni consecutive agli infarti; non perchè esse sieno rare, ma perchè il loro interesse sparisce in generale davanti alla importanza del processo primitivo che ha loro dato origine.

Eziologia ed Anatomia patologica.

Alcuni ascessi della milza succedono ad un traumatismo; si capisce difatti che un focolaio di contusione o di rottura s'infiammi sino a suppurare; peraltro, su 57 osservazioni d'ascessi della milza, raccolte da Grand Moursel, due solamente entrano in questa classe (1). Più frequentemente gli ascessi riconoscono per punto di partenza un'alterazione dello stato generale, sopravvengono in persone strapazzate (2), obbligate a fatiche od a marcie forzate, oppure, e più sovente ancora, in persone affette da una malattia infettiva o miasmatica, quali lo scorbuto, la febbre tifoidea, e sopra tutto il paludismo (3).

Gli ascessi della milza occupano una parte o la totalità dell'organo; questo è ipertrofizzato e sovente aderente agli organi vicini in seguito alla perisplenite che s'è secondariamente sviluppata. Questa perisplenite permette al pus di portarsi in diverse vie senza penetrare nella cavità peritoneale.

Si nota l'apertura della collezione purulenta attraverso il polmone, la pleura, lo stomaco, il colon discendente, la vagina, le pareti toraciche, la vena splenica, ed infine il peritoneo (4).

---

trattava di un'ammalata di ventinove anni, la quale si lagnava di dolori interni nella regione splenica. Là si sentiva un grosso tumore mobile e niente nel polmone. L'estirpazione fu seguita da morte (all'indomani). La milza pesava 3 libbre, l'esame microscopico rilevò la presenza di tubercoli.

(1) Grand-Moursel, Tesi 1885. — Osserv. di Legendre (*Soc. Anat.*, 1832). Ascesso consecutivo alla frattura di una costa. — Osserv. di Jaquinelle. Ascesso della milza in seguito ad una caduta in piedi.

(2) Quattro volte su 57 (Grand-Moursel).

(3) Venti volte su 47 (Grand-Moursel).

(4) Grand-Moursel. — Apertura dell'ascesso:

Nel polmone	4	volte
Nella pleura	2	»
Nello stomaco	3	»
Nel colon discendente	3	»
Nel tessuto prerettale	1	»
Nella vagina	1	»
Nella cavità peritoneale	3	»
Nella parete toracica	1	»
Nella vena splenica	3	»

Sintomi, Diagnosi e Cura.

La sintomatologia degli ascessi della milza è delle più oscure, io non citerò per prova che le cifre seguenti da Grand-Moursel: su 57 osservazioni, 14 volte solamente la diagnosi venne fatta al letto dell'ammalato, 43 volte la lesione non fu scoperta che nella sala anatomica. È dunque cosa importante ricercare questa complicazione in tutti quei casi in cui la milza è soggetta a subire la ripercossa d'un grave stato generale; è necessario ricercarla specialmente nei malarici a grosse milze, che accusano, ad un dato momento, dei dolori all'ipocondrio sinistro, nel medesimo tempo che compaiono dei fenomeni febbrili a forme intermittenti o remittenti. Si trova allora sotto il limite costale una tumefazione dolorosa, ottusa, mal limitata; talvolta vi si aggiungono dei fenomeni dipendenti dalla reazione del peritoneo, un po' d'ascite, di gonfiezza di ventre, dei dolori più acuti ad irradiazione, con crisi parossistiche, dei vomiti, ecc. A poco a poco, la sporgenza della regione splenica aumenta: questa diventa pastosa, calda, e, in un certo numero di casi può essere riconosciuta la fluttuazione. Tutti gli autori si accordano nel riconoscere la gravità del pronostico. Vi sono esempi di guarigioni d'ascessi aperti spontaneamente al di fuori (1), ed è probabile che queste guarigioni diverranno meno eccezionali, quando si deciderà più generalmente di applicare alla milza, ciò che si è fatto con tanto successo per il fegato. È ben inutile perdere tempo a provocare delle aderenze tra la sacca e la parete addominale; conviene intervenire quando i segni locali permettono di supporre l'esistenza del pus, bisogna incidere francamente la parete addominale, poi l'ascesso, se esistono delle aderenze. Nell'operato di Caton ed Harrison (2) l'incisione fu condotta parallelamente al bordo costale, la vasta cavità che racchiudeva del pus e dei brandelli di parenchima splenico fu nettata e drenata; l'ammalato guarì. Quando in seguito all'incisione della parete si trova un tumore fluttuante, libero d'aderenze, si può trovar vantaggio, dopo che siasi messo al riparo il peritoneo, nel vuotare una parte della sacca mediante puntura, prima di fenderla largamente e di suturarne i margini ai labbri della ferita; in caso di gemizio a nappo dalla superficie della sacca, si ha lo spediente del tamponamento (3). Io devo infine indicare un'altra condotta chirurgica tenuta da Billroth (4) e Myers (5), che consiste nel togliere tutta la sacca, nel fare perciò una splenectomia. Malgrado il successo ottenuto da questi due chirurghi, io penso che questa operazione non sarebbe raccomandabile che nei casi in cui la cisti purulenta si presentasse libera o quasi libera d'aderenze, od ancora quando l'ascesso si fosse sviluppato in una milza anteriormente ammalata od ipertrofica (6).

---

(1) Besnier.
(2) Caton ed Harrison, *British med. journal*, 1888.
(3) Krieger, *Deutsche med. Woch.*, 1888.
(4) Lauenstein, *Deutsche med. Woch.*, 1888.
(5) Myers, *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 1887.
(6) Nel caso di Myers la milza era ipertrofica per la malaria e pesava 7 libbre.

V.

CISTI IDATICHE

BESNIER, *Dict. Dechambre.* — CASANOVA e POULET, *Revue chir.*, 1888. — MAGDELAIN, Tesi di Parigi, 1868. — LE NOEL, Tesi di Parigi, 1879. — LEFÈVRE, Tesi di Parigi, 1878. — LAINÉ, Tesi di Parigi, 1888. — FEHLEISEN, *Deutsche med. Woch.*, 1888. — *Bull. de la Soc. Anat.*, serie 3ª, t. XLVII, XLIX; serie 4ª t. I, II, IV, VII, IX, XI. — HUBER, Echinoch der Milz; *Münchener med. Woch.*, 1890. — COEN, Echinocco della milza; *Boll. della Soc. med. di Bologna*, 1888.

Eziologia ed Anatomia patologica.

Le cisti idatiche della milza non sembrano del tutto eccezionali nel nostro paese. Se Jön Finçen non ne ha avuti in Islanda che due casi su 255 malati affetti da *echinococchi*, e se Madelung (1) (di Mecklemburgo) non ne ha avuti che 3 su 196 cisti idatiche, in Francia Vital (2), non esaminando che le cisti trovate all'autopsia, arriva ad un totale di 9 casi su 54 cisti idatiche sezionate. Nel 1888 Casanova e Poulet (3) riunendo tutti i casi sparsi, arrivano alla cifra di 32, che Lainé (4) l'anno seguente porta a 38. Le cisti idatiche della milza sono state osservate in tutte le età (5), un po' più sovente nell'uomo che nella donna (6).

Alcune volte esse trovansi unicamente nella milza, alcune altre esistono nel medesimo tempo in altri visceri.

La loro sede è centrale o periferica; il tessuto splenico può essere disposto alla superficie della cisti, oppure l'organo può rimanere perfettamente riconoscibile e addossato ad uno dei punti della borsa. Il volume può essere considerevole e sorpassare quello d'una testa d'adulto.

Le pareti di queste cisti sono ordinariamente assai spesse, fibrose e non fibrocartilaginee come fu detto; esse sono talvolta infiltrate di sali calcarei (7). È interessante sapere, che queste produzioni determinano quasi sempre una perisplenite; ne risultano delle aderenze colle regioni e coi visceri vicini. Queste aderenze esistono specialmente col diaframma, coll'intestino tenue, col colon trasverso, collo stomaco, colla parete addominale, ecc.

Lo sviluppo del tumore può farsi secondo due vie differenti: verso il ventre ed allora la cisti si porta verso l'epigastrio, l'ombelico, la fossa iliaca sinistra, l'ipogastrio e persino l'ipocondrio destro; oppure verso il diaframma; questo muscolo è allora assottigliato e respinto nel medesimo tempo che il polmone.

(1) *Centralbl. für Chir.*, 1885.

(2) *Gaz. méd.*, 1874.

(3) *Revue de Chir.*, 1888.

(4) Tesi di Parigi, 1887.

(5) Dai 14 ai 61 anno.

(6) Su 28 osservazioni in cui viene menzionato il sesso, Lainé trova 17 volte il sesso maschile ed 11 volte il sesso femminile.

(7) CRUVEILHIER, *Anat. pathologique.*

Quando la cisti ha suppurato, qualunque ne sia la ragione, il pus può ulcerare le sue pareti e vuotarsi in differenti direzioni.

Il pus fu visto evacuarsi nella pleura (1), nei bronchi (2), nel colon (3) e nella cavità peritoneale.

Sintomi e Diagnosi.

Egli è probabile che a lungo durante il loro sviluppo, le cisti sfuggano ad ogni specie d'osservazione e ch'esse non determinino alcun fenomeno apprezzabile. Su 34 ammalati, 12 volte la lesione non fu riconosciuta che all'autopsia; così generalmente non è che quando si sono accorti dell'esistenza del tumore, che i pazienti vanno a chiedere consulto. Le sensazioni ch'essi accusano allora consistono in malessere, in leggere trafitture, in dolore puntorio nel fianco, in veri dolori.

Esaminando l'ipocondrio sinistro, si osserva un sollevamento ed un distendimento della regione. La zona di ottusità varca i limiti delle false coste e s'estende verso la linea alba. La consistenza è renitente, talvolta schiettamente fluttuante. Il fremito idatico è accennato nell'osservazione di Magdelain (4). In un caso (5) si percepiva soffregamento peritoneale. Insomma si dovrà pensare ad una cisti idatica quando nell'ipocondrio sinistro si osservi un tumore fluttuante a lento sviluppo, senza grande reazione dolorosa e senza leucemia. L'errore più comune e meno grave sarà la confusione con una cisti idatica del fegato (6). Si sono ancora confuse queste cisti con una ipertrofia splenica (7), con una cisti dell'ovaio, del rene, con una idronefosi, ecc.

L'esame clinico apporterà la soluzione necessaria dei due problemi; è necessario prima determinare la sede, poi il volume della produzione. La diagnosi della sede si farà secondo il punto di partenza, osservato o riferito, del tumore, il punto d'inserzione attuale, e l'esplorazione negativa degli organi vicini. La diagnosi della natura cistica riposa evidentemente sulla constatazione della fluttuazione, e se si hanno dei dubbi, sui risultati d'una puntura capillare esploratrice.

La maggior parte dei fatti conosciuti ci dimostrano che c'è poco da contare sulla guarigione spontanea di quest'affezione. Lo sviluppo è progressivo e non tarda a provocare diverse complicazioni, sia da parte del polmone, sia da parte del ventre. Da parte del torace la cisti può ulcerare il diaframma, provocare una pleurite purulenta o degli ascessi polmonari. Da parte del ventre, il peritoneo s'infiamma parzialmente, i dolori s'accentuano; talvolta delle scariche intestinali, e la constatazione di idatidi, come nei casi di Davaine e di Brault, annunciano che la tasca s'è vuotata nell'intestino. Su 34 osservazioni, Lainé conta

(1) Lefèvre, Tesi 1875.
(2) Durozier, Soc. di Med., 1870. — Quénu, Soc. di Chir., 1889.
(3) Brault, Soc. Anat., 1871.
(4) Tesi 1868.
(5) Degaille, Soc. Anat., 1850.
(6) Dodici volte su 34.
(7) Koeberlé.

28 morti e solo 6 guarigioni. Si è dunque autorizzati a considerare il pronostico delle cisti della milza come grave, per lo meno se la malattia è lasciata a sè stessa (1).

Cura.

Queste ultime considerazioni ci dimostrano sufficientemente la necessità d'una terapia attiva perchè sia utile insistervi.

Leprévost (2) ha presentato alla Società di Chirurgia un'osservazione di cisti della milza guarita mediante una semplice puntura capillare fatta colla siringa di Pravaz. Io addotto le riserve di Segond a questo riguardo. Credo piuttosto che si debba applicare alle cisti della milza la cura che Debove ha preconizzato per le cisti del fegato, cioè l'iniezione nella cisti di sublimato, di naftolo, o di qualunque altro liquido capace di uccidere le idatidi.

Se questa cura, che si può dire medica, non è seguita da guarigione (e per confermare la guarigione è necessaria un'osservazione prolungata), si dovrà ricorrere ad un intervento più attivo, cioè ad una larga incisione. Per effettuare questa larga apertura vi sono due processi (lascio da parte il metodo di Récamier): possiamo, ad esempio di Volkmann, accontentarci di scoprire la cisti, poi non inciderla che cinque o sei giorni dopo, quando le aderenze abbiano avuto il tempo di formarsi tra la borsa ed il peritoneo della parete addominale; è l'operazione in due tempi. Io preferisco, a patto d'essere sicuro della propria asepsi, l'apertura immediata; si scopre la cisti mediante una laparotomia; si fissa con due punti di sutura ai due angoli della ferita, poi la si vuota mediante una puntura aspiratrice; si finisce allora di suturarla, e non si apre che alloraquando i punti di sutura bene avvicinati fra loro diano sicurezza contro ogni versamento di liquido nel peritoneo (3).

Il seguito di queste operazioni è il medesimo che per il fegato; cioè l'espulsione delle membrane fertili e sopra tutto la scomparsa progressiva delle cavità richiedono un tempo abbastanza lungo; possono persistere delle fistole per lungo tempo; quindi io capisco come certi chirurghi (4) abbiano tentato d'estirpare la sacca piuttosto che inciderla; la splenectomia mi pare assai sostenibile, alla condizione però che non sia molto laboriosa, che le aderenze sieno minime, poco estese o poco solide. Come quelle del fegato, le idatidi della milza si sviluppano talvolta dalla parte del torace e cessano di essere accessibili per la via addominale. A loro sono applicabili i medesimi processi terapeutici che per il fegato.

(1) Per rottura della cisti nella cavità toracica . . . . 9 morti
» cisti concomitanti del fegato . . . . 6 »
» cisti idatiche generalizzate . . . . 2 »
» affezioni concomitanti . . . . 7 »
» peritonite . . . . 2 »

(2) Soc. di Chir., 1889.

(3) Scoperta la cisti, si eseguisce una serie di suture sieroso-sierose, poi si apre la borsa e si sutura la sua parete fibrosa alla pelle.

(4) Koeberlé, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1873; Bergmann, *Deutsche med. Woch.*, 1885. — [Novaro, *La Clinica chirurgica*, 1893, n. 5, pag. 204].

È d'uopo arrivare alla cisti per la via transpleurale dopo resezione di una o due coste, attraversare il diaframma ed il suo rivestimento peritoneale, ed isolare dalla cavità pleurale e dalla cavità peritoneale, per mezzo di sutura con seta, un tragitto dall'incisione cutanea alla cisti. Allora si può fissare la parete della cisti, sia alla pelle, sia al fondo del tragitto ed inciderla largamente.

In altre condizioni, il chirurgo viene chiamato presso un ammalato di cui la cisti è suppurata e s'è vuotata per la via dei bronchi.

Per quanto sia in cattive condizioni lo stato generale, e per quanto sia abbondante la suppurazione, la guarigione è possibile ancora, purchè si proceda ad una larga apertura della sacca attraversando la parete toracica ed il diaframma (1).

VI.

TUMORI DELLA MILZA

Mosler, Zur Localen Behandlung chronischer Milz-Tumoren; *Wiener med. Woch.*, 1890. — Wilson, Hereditary enlargement of spleen; *Lancet*, Londra 1890 e *Brit. med. Journ.*, 1890. — Ledderhove, Die chirurgischen Erkrankungen der Bauchdecken und die chirurgischen Krankheiten der Milz. Stuttgard 1890. — Savill, *Lancet*, 1890. — Ashton, *New-Yorck med. Rec.*, 1890. — S. Lawrence, Tub. della milza, splenect. Dublino, giugno 1889. — Feletti, *Riv. chir.*, Milano 1858. — Foubert, Tesi 1886. — Gaucher, Tesi 1882.

La milza, in una serie di malattie infettive, è suscettibile di ipertrofizzarsi; quest'ipertrofia, in certune, non è che temporanea; in altre persiste e diventa cronica. L'ipertrofia persistente si osserva ancora nella maggior parte delle affezioni cardiache, nella cirrosi del fegato, ed infine nella malaria. La ipertrofia malarica si riscontra specialmente nei casi d'intossicazione cronica, in ammalati che hanno già presentato una serie d'accessi febbrili, oppure in persone che non hanno avuto accessi, ma che hanno abitato paesi soggetti a febbri (2). La milza così può acquistare dimensioni enormi, ed il suo diametro longitudinale può passare da 12 centimetri a 20, 25 e 30 centimetri. Ma in tutti questi casi che ho enumerato, non si tratta che d'aumento di volume della milza e non di neoplasmi; il nome di splenite acuta o cronica, converrebbe loro ancora meglio che quello di ipertrofia. Io qui non devo occuparmi che dei tumori propriamente detti; ora questi comprendono: il *linfadenoma* della milza, il *fibroma* embrionale od adulto e l'*epitelioma*.

Linfadenoma. — Il linfadenoma della milza non è che una localizzazione della linfadenia (3); esso è sovente accompagnato da lesioni omologhe nei ganglii linfatici, nel fegato, nel midollo delle ossa, ecc. Il peso dell'organo affetto arriva a cifre enormi, da 3 a 6 fino a 7 chilogrammi (4).

L'alterazione degli elementi figurati del sangue è frequente; essa consiste talvolta in una deformazione ed in una diminuzione del numero dei globuli rossi,

(1) Cisti idatica suppurata della milza e vuotata per i bronchi, incisione mediante la via transpleurale; guarigione (Quénu, Soc. di Chir., 1889).

(2) Lancereaux, *Anat. pathologique*.

(3) V. t. I, cap. *Tumori*, art. *Linfadenoma*.

(4) *Berl. klin. Wochenschrift*, 1864.

tal'altra in queste medesime alterazioni dei globuli rossi, ma con un aumento colossale del numero dei globuli bianchi, con leucocitemia; di qui le due forme descritte da Lancereaux sotto le denominazioni di *linfomi anemici* e *linfomi leucemici*. Si tratti poi dell'uno o dell'altro, l'infezione è progressiva e fatalmente mortale.

Fibroma. — Il fibroma splenico comprende: fra i fibromi embrionali, il sarcoma ed il mixoma, e tra i fibromi adulti, il fibroma propriamente detto ed il lipoma. Tutti questi tumori però sono rarissimi.

Lancereaux segnala qualche esempio di sarcoma; Besnier ricorda un fatto di mixoma presentato alla Società delle scienze mediche di Lione nel 1870; si citano anche alcuni casi rari di lipomi e di fibromi calcificati (1).

Epiteliomi. — I tumori epiteliali sono egualmente rari che i tumori connettivi. Nei 19 casi raccolti da Besnier, 14 sono relativi a carcinomi d'altri organi propagati secondariamente alla milza, ed E. Gaucher mette in dubbio la natura epiteliale degli altri 5. Tuttavia l'epitelioma primitivo della milza esiste, e Gaucher (2) ce ne ha tracciata l'istoria dietro una bellissima, ma unica, osservazione. Allora sparisce il tessuto normale della milza, e lascia il posto ad alcune cellule nettamente epiteliali disposte a gruppi in lacune od alveoli. Il volume dell'organo sorpassava i 4,5 chilogrammi.

Dal punto di vista clinico Gaucher dà come sintomi il *dolore* nell'ipocondrio sinistro, e l'*aumento di volume* della milza. Poi sopravvengono a poco a poco da una parte, dei fenomeni dovuti alla compressione, quali l'imbarazzo delle funzioni digestive, la dispnea, l'edema delle membra inferiori, ecc.; e dall'altra dei fenomeni proprii alle affezioni spleniche, delle emorragie nasali o cutanee, l'itterizia, l'ipertrofia del fegato ed infine la cachessia.

I globuli rossi del sangue possono essere in minor numero, ma non vi è leucemia, non febbre intermittente, e manca l'ipertrofia ganglionare. Una medesima cura, la *splenectomia*, è stata istituita contro tutti questi tumori (3); è tuttavia necessario di classificare le osservazioni e di notare parallelamente i risultati terapeutici.

Fra le splenectomie praticate per tumori (?) le une si riferiscono a casi di ipertrofia semplice o di ipertrofia malarica: esse non debbono qui essere tenute in conto; le altre riguardano dei veri neoplasmi. Esse comprendono, nella statistica di Adelmann, 19 casi di splenectomia per linfadenomi e due casi per tumori sarcomatosi.

I 19 casi hanno dato 17 morti e due guarigioni operatorie, ma di questi due ammalati guariti, uno soccombette alla recidiva cinque mesi dopo.

I due casi per sarcoma hanno dato un morto ed una guarigione. Io posso aggiungere alle osservazioni raccolte da Adelmann quelle di Blum (4) e di Le Bec (5), che entrano nel primo gruppo e tutte due furono seguite da morte.

(1) Gerard e Prior hanno riportato cinque casi di tumori pulsatili della milza. Drasche (*Wiener med. Bl.*, 1888) aggiunge un sesto caso; vi era sempre coincidenza con un'insufficienza aortica; non è dimostrato che ivi si trattasse di veri tumori.

(2) Tesi 1882, loc. citato.

(3) Foubert, 1886.

(4) Blum, *Arch. gén. de Méd.*, 1886.

(5) Le Bec, *Ann. méd.-chir. de Martineau*, 1885.

Queste cifre sono ben poco incoraggianti; la maggior parte degli ammalati sono morti d'emorragia o di *shock*. Le emorragie non risultano solamente dalle difficoltà operatorie, ma sono anche secondarie e dipendono da un'alterazione del sangue, con vera tendenza emorragica. Insomma, le statistiche, fra le altre quelle d'Adelmann e di Pospischil (1), ci autorizzano a dimostrare poco entusiasmo per la splenectomia come cura dei tumori della milza. La legatura dell'arteria splenica, non ha, ben inteso, dato migliori risultati (2).

E ben inteso che non parlo qui se non dei veri tumori: l'esito è meno nefasto allorquando si passa alle cisti od alle milze dette ipertrofiche (3). Ne parlerò nell'articolo seguente, il quale riguarda la splenectomia in generale.

VII.

DELLA SPLENECTOMIA

A proposito di ogni affezione della milza, ebbi a discutere le indicazioni della splenectomia; qui non faccio più che riassumerla brevemente.

La splenectomia è un'eccellente operazione per tutti quei casi in cui la milza, lesa o no, fa parzialmente o totalmente prolasso attraverso una ferita della parete toracico-addominale. La cifra di 24 guarigioni su 25 operati è in modo particolare eloquente.

Si ha ragione d'ammettere che questa medesima operazione possa essere utile in casi determinati di ferite della milza senza prolasso, e nelle rotture della milza se la diagnosi può esser fatta a tempo (4).

La milza mobile, ma nel medesimo tempo ipertrofica, è stata trattata 10 volte mediante l'escisione di cui 7 volte con successo; la sua cura si confonde adunque in parte con quella delle ipertrofie spleniche.

La maggior parte dei chirurghi che hanno dovuto curare una ipertrofia della milza, hanno stabilito con ragione una distinzione tra le ipertrofie dette semplici e le ipertrofie con leucemia. Invece di basarsi sopra un solo sintoma, l'aumento di numero dei globuli bianchi nel sangue, sarebbe bene poter clinicamente distinguere i veri neoplasmi dalle spleniti, perchè io penso che si possano considerare come spleniti (da malaria o no) quelle alterazioni che si sono qualificate come ipertrofie semplici. Su 21 ipertrofie semplici operate, 5 ammalati solamente sono guariti. La morte sopravvenne in generale qualche ora dopo l'operazione, quasi sempre per emorragia, talvolta perchè il peduncolo è stato male legato, tal'altra perchè delle aderenze han dato sangue (5).

---

(1) Statistica di 53 splenectomie (*Réforme méd.*, 1887).

(2) Id., un caso, un morto.

(3) Che sono spleniti.

(4) Quittenbaum (secondo Adelmann) è il primo chirurgo che avrebbe, di proposito, praticata l'estirpazione della milza (V. la storia di quest'operazione nell'ADELMANN, *Arch. f. klin. Chir.*, 1887. — ANTONA, Congresso italiano di Chirurgia di Bologna.

(5) Noi possiamo aggiungere a questi 21 casi le 7 osservazioni di Hatch (*The Lancet*, 1889), morte per emorragia; di Blum (*Arch. gén. de Méd.*, 1886), morte per emorragia e di Le Bec (*Ann. méd.-chir. de Martineau*, 1888) morto il sesto giorno.

Il quadro è ancora ben più deplorevole se si osservano i veri tumori, leucemici o sarcomatosi. Su 21 operazioni (1) non vi sono che tre guarigioni operatorie, ed uno di questi 3 guariti soccombette alla recidiva cinque mesi dopo. Qui ancora la morte è sopravvenuta dopo breve tempo, da qualche minuto a qualche ora dopo l'intervento sia per *shock*, sia sopra tutto per emorragia; sembra che la emostasi indipendentemente dalla tecnica operatoria offra qui delle difficoltà affatto speciali dipendenti verosimilmente dalle alterazioni che hanno subito il sangue (2) e forse anche i vasi. Se si aggiunge che nel linfadenoma in generale la recidiva è costante, o quasi, che altri organi sono verosimilmente interessati, si capirà la nostra riserva nel consigliare la splenectomia in simili casi (3). L'epitelioma della milza, se la diagnosi precoce potesse essere fatta, costituirebbe forse un'indicazione più opportuna, come certe affezioni cistiche, di cui mi resta a dire qualche parola.

Non ritornerò sulle cisti idatiche: oltre queste, esistono nella milza delle cisti, talvolta uniloculari, tal'altra multiloculari, di cui non sono ancora ben conosciute la natura e l'origine. Péan (4) ha operato con successo nel 1867 un'ammalata affetta da una cisti sierosa uniloculare spontaneamente sviluppata in una milza ipertrofica.

Nel 1882, Crédé (5) ha ugualmente guarito un ammalato che aveva una cisti della milza, sopravvenuta in seguito ad un traumatismo; noi abbiamo anche trovato nella letteratura medica i casi di Kuwosley-Thornton (6) e di Spencer Wells (7), tutti e due terminati con guarigione. Alcune di queste cisti, per esempio quella di Crédé, non sembravano essere che il risultato d'un versamento emorragico nel tessuto d'una milza già ammalata (8); per le altre, l'interpretazione è più difficile; è possibile che

(1) Sempre secondo la statistica di Adelmann.

(2) Tutti i medici, già fin dall'antichità, hanno riconosciuto che le malattie della milza alterano il sangue e rendono i soggetti emofiliaci. Si è notato particolarmente, anche quando non c'è leucocitemia, una diminuzione nel numero dei globuli rossi ed una specie d'atrofia di questi globuli. C'è idremia ed anemia. Per conseguenza, è assai importante dal punto di vista del pronostico operatorio, di sempre far analizzare il sangue degli ammalati. L'eccessivo volume della milza ipertrofizzata è anche un elemento importante che deve esser preso in esame.

Péan pensa che l'operazione dia poca speranza di successo quando il peso della milza tocca i 3 od i 4 chilogrammi. Ci siamo domandati se nell'ipertrofia semplice non si poteva sostituire alla splenectomia un'altra operazione meno grave come la legatura dell'arteria splenica. Dopo aver fatto negli animali delle esperienze riguardanti la legatura dei vasi del legamento gastro-splenico, Küster praticò questa legatura in un'ammalata leucemica. L'ammalata morì di peritonite. — Langenbeck, Congresso di Chirurgia di Berlino, 1882 (citato da Adelmann).

(3) Mosler (*Deutsche med. Woch.*, 1886) sconsiglia formalmente l'ablazione della milza nella leucocitemia; egli raccomanda le iniezioni nella milza del liquore del Fowler e le applicazioni di ghiaccio. In diverse osservazioni di Rocher (*Corr.-Blatt für schw. Aerzte*, 1888) l'ammalato guarì dell'operazione, ma l'idropisia e l'anasarca persistettero.

(4) Péan, *Union méd.*, 1867 ed *Ovariot. et splénot.*, in-8°, 1869.

(5) *Deutsche med. Zeitung*, n. 44.

(6) Knowsley, Thornton, *The Lancet*, 1884.

(7) *British med. Journ.*, 1889.

(8) Le cisti ematiche sono poco conosciute. Verneuil pensa di averne osservato 4 casi (Associazione francese pel progresso delle scienze, 1891). Ultimamente abbiamo assistito Terrier in una laparotomia fatta per un tumore dell'ipocondrio sinistro, diagnosticato per cisti della milza: Terrier trovò una cisti a contenuto sanguigno, che pareva sviluppata sotto il peritoneo splenico e come addossata alla milza. Le pareti della cisti furono escise rasente alla milza, e la superficie rimanente cauterizzata col termocauterio; l'ammalato guarì.

SPLENECTOMIE (STATISTICA D'ADELMANN)

Nº	Anno	Indicazioni bibliografiche	Sesso	Natura della lesione e cura	Esito
		I. — PROLASSI TRAUMATICI — 25 CASI			
1	1581	VIARD BALLONIUS, *Opera omnia medica*. Parigi 1635.	M.	Ferita a livello delle false coste. — Prolasso della milza; gangrena; legatura, escisione.	Guarigione.
2	1673	DOVBERRY TURBEVILLE, *Miscella curiosa med. physica* (*Acad. nat. curios. S. ephem. med. phys.*, t. V e VI, 1673).	M.	Colpo di coltello nella milza — Prolasso; resezione dopo 3 giorni.	Guarigione.
3	1678	MATTHIA COLBERG, *Ephem. med. phys. nat. cur.*, t. III, 1684).	M. 23 anni	Colpo di coltello. — Legatura dopo 1 giorno.— Seconda legatura sull'ilo; escisione 3 giorni dopo.	Guarigione in 3 settimane. Ammalato riveduto in salute 6 anni dopo.
4	1680	PURMANN, *Breslau. chir. cur.*	M.	Colpo di coltello. — Prolasso dell'epiploon e della milza; leggiera resezione.	Guarigione in 4 o 6 settimane.
5	1698	HANNEUS, *Ephem. nat. curios.*, t. VII.	M.	Colpo di coltello. — Prolasso della milza; resezione dopo 2 giorni.	Guarigione.
6	1700	GERBEZIUS, *Ephem. nat. cur.*, t. IX.	F.	Colpo di punteruolo. — Legatura al 4º giorno; escisione.	Guarigione.
7	1734	FERGUSSON, *Irland. phil. Transaction*, 1737.	M.	Colpo di coltello. — Prolasso della milza; escisione parziale.	Guarigione.
8	1743	WILSON, *Med. facts and experiments*.	M.	Ferita penetrante dell'addome. — Prolasso della milza; resezione.	Guarigione.
9	1797	DORSCH, FULDA, KOPP, *Jahrbuch der Staatsarzneikunst*.	M. 35 anni	Ferita. — Prolasso della milza; legatura parziale.	Guarigione.
10	1814	O'BRIEN, *Mexico med. chir. Journal*, 1816.	M. 39 anni	Ferita delle false coste. — Prolasso della milza; legatura dell'ilo; ablazione dopo 20 giorni.	Guarigione in 8 settimane. Nello stesso tempo ferita dei reni.
11	1815	LEUHOSSECK, HECKER, *Medic. Annales*, 1828.	M.. 19 anni	Ferita. — Prolasso della milza; legatura dei vasi; resezione.	Guarigione. — Salute perfetta dopo 3 anni.
12	1826	POWEL (Kentucky), *American Journal*, 1827.	M. 36 anni	Ferita. — Prolasso di 2 pollici; riduzione, legatura.	Guarigione dopo 14 giorni; in salute dopo 9 mesi.

Nº	Anno	Indicazioni bibliografiche	Sesso	Natura della lesione e cura	Esito
13	1836	M. Donnel, *Transact. della Soc. di Calcutta*, 1836.	M. 30 anni	Ferita di corno. — Prolasso di 2 pollici; resezione.	Guarigione dopo 2 mesi.
14	1844	Bresciani.	M.	Ferita intercostale. — Prolasso della milza; legatura.	Guarigione.
15	1844	C. Bell, Allan Webb, *Path. Ind.* Londra 1844.	M.	Ferita. — Prolasso; resezione.	Guarigione.
16	1844	Berthet, *Gaz. méd. de Paris*, n. 18, 1884.	M.	Colpo di coltello. Resezione dopo 8 giorni.	Guarigione — Morto 13 anni dopo di pneumonite. Autopsia; vi restava un frammento di milza.
17	1850	Novelli, *Commentario della chirurgia*, Bologna 1871.	M.	Prolasso della milza dopo una ferita. — Legatura, caduta.	Guarigione.
18	1855	J. Schultz, *Deutsche Klinik*, 1856, n. 17 e 18.	F. 22 anni	Ferita in vettura. — Prolasso; legatura dopo 3 giorni; escisione.	Guarigione.
19	1862	Alston, Otis, *Storia della guerra di Secessione*, vol. II, pag. 150.	M.	Colpo di fucile tra l'8ª e la 9ª costa, tra lo sterno e la colonna vertebrale. — Prolasso della milza, legatura, caduta in capo a 5 giorni.	Guarigione dopo 2 settimane.
20	1868	Bouteillier, *Mouvement méd.* Parigi, n. 29.		Ferita dell'estremità inferiore della milza con strozzamento. — Legatura, caduta al 4º giorno.	Guarigione dopo 10 giorni.
21	1869	Bazille, Algier, *Recueil de Mém. méd. et chir. militaire.* Paris, 3ª serie, t. XXIV, pag. 119.	M. 35 anni	Colpo di coltello. — In capo ad un'ora uscita dalla ferita d'un corpo voluminoso lungo 11 centimetri e 1/2, largo 19 e 27 di circonferenza; legatura ed ablazione dopo 3 giorni.	Guarigione dopo 10 giorni.
22	1874	Elias, *Gaz. méd. de l'Orient. Presse méd.*, 1874, t. XXVI, p. 43.	M. 18 anni	Colpo di coltello. — Prolasso della milza. — Legatura dopo 4 giorni, resezione al 7º.	Guarigione in capo a 25 giorni.
23	1874	Pietrzycki, 1874. Boemia.	F. 23 anni	Ferita. — Prolasso, legatura, ablazione.	Guarigione in 14 giorni.
24	1875	Markam, *New-York med. Rec.*, settembre 1875.	M.	Ferita. — Prolasso della milza sui 3/4 della sua lunghezza; sfacelo superficiale.	Guarigione.
25	1877	Goldhaber, Boemia.	F.	Colpo di coltello all'altezza dell' 8º spazio intercostale. — Prolasso della milza di 7 cm., legatura, resezione dopo 16 ore, cicatrizzazione.	Guarigione in 19 giorni.

Nº	Anno	Indicazioni bibliografiche	Sesso	Natura della lesione e cura	Esito
		II. — SPLENECTOMIE PER ASCESSI DELLA MILZA			
1	1711	FERRERIUS, SAINT CORIGNAN, FANTONI, *Opusc. medic. et physiol.*, 1738.	F. 30 anni	Ascessi.	Guarigione — Morte 5 anni dopo. — Cicatrice constatata all'autopsia.
		III. — SPLENECTOMIE PER MILZE SPOSTATE E QUASI SEMPRE IPERTROFICHE			
1	1874	URBINATI, FRANZOLINI.	F.	Ipertrofia con spostamento, 2275 grammi.	Morte in capo a 4 giorni.
2	1877	MARTIN (Berlino), *Wiener med. Woch.*, 1879.	F. 31 anni	Milza spostata ed un poco ipertrofica.	Guarigione.
3	1878	CZERNY, *Wiener med. Woch.*, 1879.	F. 24 anni	Milza ipertrofica e spostata.	Guarigione.
4	1878	AONZO SAVONA *(Franzolini a. W.)*.	F. 24 anni	Milza mobile del peso, vuota, di 4500 grammi.	Morte 3 ore dopo.
5	1885	ALBERT (Wien), *Verhandl der. deutschen Ges. f. Chir.*, 1885.	F. 34 anni	Milza spostata. — Infarto, malaria, peso 2700 gr.	Guarigione.
6	1885	DONNAT, *Langenbeck's Archiv*, t. XXXIV.	F. 25 anni	Milza spostata. — Malaria.	Guarigione.
		IV. — SPLENECTOMIE PER IPERTROFIE DELLA MILZA DETTE SEMPLICI E PER MALARIA			
1	1826	QUITTENBAUM, Rostock, 1836. BRAUN, *Inaug. Dissert.*	F. 22 anni	Ipertrofia, marasmo, idropisia. — Milza del peso di 5 libbre. Cirrosi del fegato all'autopsia.	Morte 6 ore dopo.
2	1855	KUCHLER, *Angef. Werke.*	M. 36 anni	Ipertrofia per malaria dopo 14 anni. Milza del peso di 3 libbre.	Morte 4 ore dopo per emorragia. — Arteria non legata.
3	1855	VOLNEY, DORSAY, *Ohio med.* Counsell, 1855.	M. 40 anni	Ipertrofia per malaria.	Guarigione.
4	1866	BAKER BROWN, *Wiener med. Woch.*, 1879.	M.	Ipertrofia.	Morte per emorragia.
5	1873	SPENCER WELLS, *Angefürte Werke.*	F. 42 anni	Ipertrofia. — 16 libbre.	Morte 70 ore dopo.
6	1876	PÉAN, *Gaz. des hôp.*, 1876. BARRAULT, Tesi 1876.	F. 24 anni	Ipertrofia. — 1125 grammi e da 1300 a 1400 grammi di sangue.	Guarigione in 19 giorni.

Nº	Anno	Indicazioni bibliografiche	Sesso	Natura della lesione e cura	Esito
7	1876	SPENCER WELLS, *Wiener med. Woch.*, 1879.	F. 27 anni	Ipertrofia. — 11 libbre col sangue.	Morte in qualche ora da emorragia per difetto di legatura della arteria.
8	1877	FUCHS, *Schmidt's Jahrbücher*, t. CLXXX.	F. 40 anni	Ipertrofia per malaria. Leucemia.	Morte dopo 18 ore.
9	1880	LANGENBECK, *Deutsche Gesell. f. Chir.*, 1882.	F. 16 anni	Ipertrofia.	Morte in qualche ora per emorragia in seguito a lacerazione di aderenze.
10	1881	CHIARLEONI, Milano.	F. 32 anni	Ipertrofia semplice. Malaria.	Morta 2 ore dopo per emorragia.
11	1881	BONORO URBINO, *Indip. med. di Torino*, 1881.	F. 53 anni	Ipertrofia semplice. Peso 3700 grammi.	Morta in 3 ore d'emorragia.
12	1881	WARRINGTON HAWARD, *Brit. med. Journ.*, 1882.	F. 49 anni	Ipertrofia semplice.	Morta in principio dell'operazione per collasso.
13	1883	GUSSENBAUER, *Prager med. Wochenschrift.*	F. 17 anni	Ipertrofia per malaria.	Morta per peritonite 3 giorni dopo; emorragia della vena splenica durante l'operazione.
14	1883	BERGMANN.	F. 63 anni	Ipertrofia per malaria.	Morta in 32 ore.
15	1883	SPANTON, *Brit. med. Journ.* 1884.	F. 47 anni	Ipertrofia. — 8 libbre.	Morta di collasso 7 ore dopo.
16	1884	KNOWSLEY THORNTON, *Med. chir. Transact.*, t. LXIX.	F. 25 anni	Ipertrofia.	Morta 5 ore dopo. Emorragia durante l'operazione.
17	1886	NILSENS, *Americ. Journ. of Obst.*, 1881.	F.	Ipertrofia per malaria.	Guarigione.
18	1886	RIBERA, *Siglo med.*, 1886.	M. 10 anni	Ipertrofia, ascite.	Morto all'indomani di shock.
19	1886	CECI, *Gaz. degli Ospedali*, 1886.	F. 17 anni	2400 grammi col sangue.	Guarigione.
20	1886	PODREZ CHARKOW.	F. 36 anni	Ipertrofia per malaria.	Morte per nefrite il 35º giorno. — Emorragia durante l'operazione.
21	1887	SEVEREANU, *Verhandl. der deutschen Ges. f. Chir.*, 1887.	F. 40 anni	Ipertrofia.	Guarigione in 14 giorni. — Legatura separata.

Nº	Anno	Indicazioni bibliografiche	Sesso	Natura della lesione e cura	Esito
		V. — SPLENECTOMIE PER CISTI IDATICHE OD ALTRE			
1	1867	Péan, *Gaz. hebd.*, 1867.	F. 20 anni	Cisti sierosa uniloculare.	Guarigione.
2	1873	Kœberlé, *Mém. de la Société méd. de Strasbourg*, 1873.	F. 27 anni	Cisti da echinococco.	Morta 17 ore dopo.
3	1881	Crédé, *Verhandl. der deut. Ges. f. Chir.*, 1882.	M. 44 anni	Cisti in seguito a contusione. — 1350 grammi di liquido e 380 grammi di sostanza splenica.	Guarigione.
4	1884	Knowsley Thornton, *Med. chir. Transact.*, t. LXIX.	F. 38 anni	Cisti da echinococco.	Guarigione.
5	1886	Bergmann, *Verf. dies. Augenz.*	F. 19 anni	Cisti. — Una libbra ed 11 oncie.	Guarigione.
		VI. — SPLENECTOMIE PER TUMORI (ipertrofie leucemiche, sarcomi, ecc.)			
1	1865	Spencer Wells, *Med. Times and Gaz.*, 1866.	F. 30 anni	Ipertrofia leucemica. — Legatura; milza del peso di più di 6 libbre.	Morta in capo a 158 ore. — Emorragia venosa.
2	1866	Bryant, *Guy's hosp. Report.*, vol. XII, 3ª serie.	M. 26 anni	Ipertrofia leucemica. — Milza del peso di 4 libbre 7 oncie.	Morto 24 ore dopo d'emorragia.
3	1867	Kœberlé, *Gaz. hebd.*, 1867.	F. 42 anni	Ipertrofia leucemica del peso di 675 grammi.	Morto dopo qualche minuto per emorragia. — 3000 gr. di sangue perso durante l'operazione.
4	1867	Bryant, *Guy's hospit. Report.*, t. XIII.	F. 40 anni	Ipertrofia leucemica. — Peso 10 libbre $^1/_4$.	Morto d'emorragia 15 mesi dopo. — Lesione del diaframma.
5	1873	Heron Watson.	M.	Leucemia. Peso 12 libbre.	Morto per emorragia e shock.
6	1877	Langley, Brown, *Lancet*, 1877.	M. 20 anni	Leucemia. Peso 18 libbre.	Morto 5 ore dopo d'emorragia.
7	1877	Billroth, *Wien. med. Woch.*, 1877.	F. 45 anni	Leucemia. Peso 2975 grammi.	Morto d'emorragia per scivolamento d'una legatura.
8	1877	Simmons, *Pang. med. and surg. Journ.*, 1877.	M. 43 anni	Leucemia.	Morto 2 ore e $^1/_2$ dopo. — Aderenze coll'intestino e col diaframma. — Emorragia.

Nº	Anno	Indicazioni bibliografiche	Sesso	Natura della lesione e cura	Esito
9	1877	BILLROTH, *Wiener med. Woch.*, 1879.	F. 31 anni	Leucemia, ascite leggiera. Peso 5280 grammi.	Morta un'ora dopo — Emorragia dai vasi del diaframma.
10 (*a*)	1878	GEISSEL, *Wiener med. Woch.*, 1879.	F. 39 anni	Leucemia. Peso 4500 grammi.	Morta 16 ore dopo per emorragia.
11	1878	URBINATI, *Franzolini a.W.*	F.	Ipertrofia leucemica.	Morta in 48 ore per esaurimento.
12	1878	ARNISON, *Brit. med. Journal*, 1878.	M. 37 anni	Ipertrofia dopo una contusione, leucemia. — Peso 7 libbre 13 oncie.	Morto 5 ore dopo.
13	1878	CZERNY, *Wiener. med. Woch.*, 1879.	F. 24 anni	Ipertrofia leucemica. Peso 3886 grammi.	Morta 16 ore dopo d'emorragia.
14	1879	PONCET, *Dict. encycl.*	M. 35 anni	Ipertrofia leucemica.	Morto 28 ore dopo.
15	1881	FRANZOLINI, *Gaz. med. ital.*	F. 22 anni	Ipertrofia leucemica. Peso 1525 grammi.	Guarigione.
16	1884	RYDIGIER, *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1885.	F. 31 anni	Leucemia. Peso 6000 grammi.	Morta in 24 ore d'emorragia.
17	1884	KŒBERLÉ, *Gaz. med. de Strasbourg*, 1884.	F. 46 anni	Leucemia.	Morte subitanea dopo abbondante emorragia. — Sincope.
18	1884	TERRIER, *Revue de chir.*	F. 43 anni	Leucemia leggiera. Peso 6000 grammi.	Morta 12 ore dopo.
19	1884	BILLROTH, *Verhandl. der deut. Ges. f. Chir.*, 1884.	F. 43 anni	Linfo-sarcoma primitivo. Peso 1450 grammi.	Guarigione. — Recidiva 6 mesi dopo. — Morte.
20	1878	FISCHER (Breslavia), *Verhandl. der deut. Ges. f. Chir. in Berlin*, 1882.	F. 44 anni	Tumore.	Morta di peritonite molti giorni dopo.
21	1887	FRITSCH (Breslavia).	F. 31 anni	Sarcoma poco sviluppato. Peso 2500 grammi.	Guarigione.

(*a*) [Il Gangitano raccoglie nel n. 28, vol. III, 1893, della *Riforma medica,* 38 splenectomie eseguite in Italia da Zaccarella e Fioravanti, Urbinati, Alonzo, Chiarleoni, Franzolini, Bonora, Putti, Frascani, Panzeri, Ceci, Pomara, Casini, D'Antona, Martino, Mancersi, Postempski, Durante, Montenovesi, Trombetta, Tizzoni, Turretta, Ruggi, Tassi, Tricomi, Novaro, Fibbi, Gangitano, Frusci, Zemoli, d'Ursi, in un periodo di tempo che corre dal 1549 al 1893. Altri 14 casi vennero a mia conoscenza, operati tra il 1889 ed il 1894 (Giordano, Vincini, Ceci, Fibbi, Tricomi) dando un totale di 52 splenectomie con 18 morti (34,6 %). Su questi 9 furono operati per milza leucemica e 7 morirono (in uno dei casi guariti venne peraltro contestata la diagnosi; mortalità 77,7 %); negli altri casi l'operazione fu per lo più praticata per megalosplenia, di regola malarica, 3 per milza ectopica, semplice od ipertrofica; talora per ferite od echinococco, con una mortalità media del 25,5 %. V. *Rif. Med.*, 1893, III, pag. 504; *Ibid.*, IV, pag. 345 e 1894, II, pag. 75 (D. G.)].

certe cisti sieno legate a neoformazioni benigne analoghe agli adenomi, e che certe altre abbiano un'origine congenita e sieno paragonabili alle cisti sierose del collo (1).

Comunque sia, si può essere incoraggiati dai 4 successi ottenuti su 4 operati, a curare anche le cisti non idatiche colla splenectomia o coll'incisione.

Venne fatta dai chirurghi naturalmente la questione, che cosa potesse conseguire ai malati dopo la guarigione operatoria, e quali disturbi potesse determinare la soppressione dell'organo. Ora secondo l'osservazione di un piccolo numero d'ammalati riveduti lungo tempo dopo l'ablazione, non pare che la salute generale abbia ricevuta una scossa qualunque dal fatto della scomparsa della funzione splenica. Si rividero ammalati un anno, tre anni e sei anni dopo una splenectomia, e tutti godevano una salute perfetta (2). I risultati dell'analisi del sangue fatta dopo l'operazione, sono contraddittori (3).

L'*atto operativo* della splenectomia comprende diversi tempi: 1° l'apertura dell'addome; 2° la liberazione del tumore; 3° la legatura del peduncolo; 4° infine il trattamento del peduncolo.

L'incisione addominale è stata praticata certe volte sulla linea mediana, certe altre lungo il bordo esterno dei muscoli retti. A noi pare preferibile la prima (4).

Messo allo scoperto il tumore, è necessario comportarsi come per ogni ablazione di tumore del ventre, cioè staccare le aderenze facendo man mano l'emostasi.

Liberato il tumore si passa al peduncolo; certuni lo legano come un peduncolo di cisti ovarica; altri, Franzolini per esempio, legano separatamente l'arteria e la vena, od i gruppi d'arterie e di vene.

Dopo la legatura del peduncolo, il tumore vien sezionato ad una certa distanza dai fili; si può, prima di fare la sezione, collocare provvisoriamente un clamp nel caso in cui i fili scivolassero sul moncone, oppure applicare una seconda catena di legature. È necessario ridurre il peduncolo o fissarlo alla ferita della parete addominale?

I due metodi sono stati seguìti con un successo eguale (5); in generale, la riduzione sarà preferibile. In certi casi l'esistenza di avanzi di aderenze (6) e la utilità di un drenaggio faranno decidere per la sutura alla ferita.

---

(1) Andral (*Précis d'anat. pathol.* citato da Besnier) dice di aver incontrato una cisti dermoide della milza che racchiudeva dei peli. V. ancora un'osservazione di cisti della milza di Péan nel Magdelain, Tesi 1868, e Leudet, Soc. Anat., 1873.

(2) V. i casi di Colberg, Lenhossek, Spencer Wells, ecc.

(3) Pospischil, loc. cit. — Blum. *Arch. gén. de Méd.*, loc. cit. — L'estirpazione della milza sarebbe quasi sempre seguita da un aumento del numero di globuli bianchi.

(4) Recentissimamente (Soc. di Chir. Italiana, 1891) Ruggi (di Bologna) ha proposto di sostituire all'incisione sul bordo esterno del muscolo retto, una incisione al disotto delle false coste affine di arrivare subito sull'arteria splenica e di farne la legatura preventiva. Ruggi ha potuto, con questa incisione, estrarre una milza di 1250 grammi (*Semaine médicale*, novembre 1891).

(5) Péan, in un caso, ha fissato il peduncolo all'angolo superiore della parete; Czerny, Martin (di Berlino), ecc. l'hanno ridotto.

(6) Di cenci (*guenilles*), come dice famigliarmente Terrier.

FEGATO

per il Dott. PAOLO SEGOND

CHIRURGO DEGLI OSPEDALI — PROFESSORE AGGREGATO DELLA FACOLTÀ DI PARIGI

Traduzione del Dott. L. FERRIA

La cura delle malattie del fegato conta fra le più belle conquiste della chirurgia moderna. Il professore Bouchard (1) l'ha detto, or son quattro anni, in termini troppo lusinghieri, perchè noi non teniamo a grande onore ricordarli. « Altre volte, diceva egli, non vi era di chirurgico che i traumatismi, le affezioni superficiali o facilmente accessibili, ed ecco che al giorno d'oggi, tutti i visceri entrano nel dominio della chirurgia e ad ogni modo il chirurgo li va a cercare in fondo alle cavità, dopo che l'antisepsi ha, per così dire, soppresso i confini della sua azione ». Questo giudizio, non trova forse la sua conferma nell'estensione ogni giorno crescente dei successi della chirurgia epatica? È giustizia riconoscerlo, ed ogni chirurgo, come il medico, deve sapere distinguere « una cisti idatica da un cancro del fegato o da una cirrosi ipertrofica ». Bisogna forse perciò che un trattato di chirurgia abbia da contenere l'istoria completa della patologia epatica? Io non lo penso e credo tener conto nello stesso tempo dei progressi della chirurgia e delle prerogative della medicina adottando l'ordine descrittivo che vi presento. Conformandomi all'uso, io descriverò dapprima i *traumatismi*, gli *ascessi* e le *cisti* del fegato. Ciò fatto, riassumerò semplicemente le condizioni attuali del nostro intervento nella cura delle altre malattie del fegato e delle vie biliari, quali l'*epatoptosi*, i *tumori* e la *litiasi*.

CAPITOLO I.

LESIONI TRAUMATICHE DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI

I traumatismi del fegato provocano due varietà di lesioni: le contusioni e le ferite propriamente dette. Segnalati da gran tempo, questi traumatismi hanno sopra tutto attirata l'attenzione dei chirurghi del secolo scorso, ma molte parti della loro storia sono ciò nondimeno rimaste lungo tempo oscure, e la precisione delle nostre conoscenze sulla loro anatomia patologica o sul loro meccanismo, come pure il progresso della loro terapia, sono in definitiva opera della chirurgia moderna.

---

(1) Bouchard, *Leçons sur la thérapeutique des maladies infectieuses chroniques* (*Sem. médicale*, 1888, pag. 117).

Fra le numerose pubblicazioni che hanno così completato le nostre conoscenze su questo importante argomento citerò sopra tutto le seguenti:

LEGOUEST, *Traité de Chirurgie d'armée.* — CAMPAIGNAC, Ferite delle vie biliari; *Journal hebd.*, 1829. — DARGENT, Tesi di Parigi, 1845. — CL. BERNARD, *Leçons de physiologie expérimentale*, 1855, 48ª lezione, pag. 345. — ELLIS, *Bost. med. and surg. Journ.*, 1860, vol. LXII, pag. 22. — FRERICHS, Trattato delle malattie del fegato, 1866. — OGSTON, *Brit. and foreign med.-chir. Review*, vol. XXXIX, pag. 204, 1867. — KÖSTER, *Centralblatt für Chir.*, 1868, n. 2. — DE LA BIGUE VILLENEUVE, Tesi di Parigi, 1869. — NICAISE, *Gaz. méd. de Paris*, 1871. — VERNEUIL, *Acad. de Méd.*, 1872. — LUDWIG MAYER, Die Wunden der Leber und Gallenblase. Münich 1872. — MARSCHALL, Rottura completa del fegato; *The Lancet*, 7 febbraio 1874. — CHARPENTIER, Lacerazioni del fegato; *Gaz. hebd.*, 1874, n. 13. — TERRILLON, Contusione del fegato; *Arch. de Physiol.*, 1875, pag. 23. — ROUSTAN, Delle lesioni traumatiche del fegato. Tesi d'aggregazione, 1875. — AURÉGAN, Dei traumatismi del fegato e delle vie biliari. Tesi di Parigi, 1876. — HAMILTON, Embolie adipose in seguito a lesione del fegato; *Brit. med. Journ.*, 6 ottobre 1877. — MAUWERK, *Corr.-Blatt. für schweizer Aerzte,* 1878. — L. MAYER, Wunden der Leber. Lipsia 1878. — TILLMANS, *Arch. der Heilkunde*, 1878. — PEYRET, Tesi di Parigi, 1879. — LABROUSSE, Saggio sulle ferite della faccia inferiore del fegato, fatte da istrumenti pungenti e taglienti. Tesi di Parigi, 1880. — MARTEL, Rottura della vescicola biliare. *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1882, pag. 469. — FREELAND, *The Lancet*, 6 maggio 1882, pag. 731. — DRAPER, *Bost. med. and surg. Journ.*, 1883. — LEDIARD, Ferita del fegato per colpo d'arma da fuoco; *London clin. Soc.*, 14 ottobre 1887. — ARCH. DIXON, Rupture of Gallbladder; *Annals of Surgery,* aprile 1877. — DAGRON, Rottura del fegato; *Bull. de la Soc. Anat.*, luglio 1886, pag. 688. — BURCKARDT, *Centralblatt f. Chir.*, 1887, n. 5. — FRICK, Ferita per colpi di arma da fuoco del fegato; *Phil. med. Times*, 1º maggio 1888. — GAMPERT, Rottura traumatica del fegato; *Bull. de la Soc. Anatomique*, 1888, pag. 726. — PERCHERON, Studio clinico e medico-legale delle contusioni e rotture del fegato. Tesi di Lione, 1888, n. 428. — POSTEMPSKY, Ferita del fegato. Laparotomia, sutura; *Bollettino dell'Accademia di Roma*, aprile-maggio 1888. — WOLLBRECHT, Lesione del fegato con istrumento tagliente; *Berlin. klin. Woch.*, 8 ottobre 1888. — CURETON, Rottura della vescicola biliare; *The Lancet*, 13 novembre 1888. — LANDGRAF, Rottura traumatica del fegato seguita da pleurite; *Berlin. klin. Woch.*, 7 gennaio 1889, pag. 16. — CH. HEATH, Due casi di rottura traumatica del fegato; *British med. Journ.*, 25 maggio 1889. — HASLAM, Rottura della vescicola biliare; *The Lancet,* 13 novembre 1889. — CHAUVEL et NIMIER, Traité de Chirurgie de guerre, 1890, pag. 464. — VON FLAMERDINGHE, Revolversschoss in die Leber, Laparotomie, Heilung; *Deutsche med. Woch.*, 1890, t. XXI, pag. 867. — WILBEVAUD, Lacerazioni del fegato per traumatismi; *Revue méd. de la Suisse romande,* 20 giugno 1890, n. 6, pag. 289. — H. C. DALTON, Rupture of the Liver and Kidney, excessive hœmorrhage, laparotomy; recovery; *Weekly med. Review*, 4 ottobre 1890, vol. XXII, n. 14, pag. 261. — Stab wound of Liver. Laparotomy; recovery; *Saint Louis Corr. med.*, 1890, III, pagg. 77-79. — K. HASS, Beitrag zur Lehre von den traumatischen Leberrupturen; *Arch. für Path. anat. und Phys.*, 1890, Bd. 121, Heft. 1. — A. LANE, Rupture of Gallbladder. Retention of a considerable quantity of bile in the peritoneal cavity for five weeks. Operation: recovery; *The Lancet*, 16 maggio 1891, n. 3533, pag. 1091. — ADLER, Ferita del fegato suturata. Riunione libera dei Chirurghi tedeschi, seduta del 13 luglio 1891; *Mercredi méd.*, 5 agosto 1891, n. 31, pag. 399. — A. BROCA, Laparotomie per ferite del fegato; *Mercr. méd.*, 22 luglio 1891, n. 29, pag. 361. — TERRIER, Rapporto sui casi di Broca; *Bulletin Soc. Chir.*, 1891, pag. 513 (1).

(1) Questo indice bibliografico, come tutti gli altri che lo seguono, non contiene le indicazioni bibliografiche dei Trattati classici da tutti ben conosciuti. A proposito della chirurgia del fegato, si potrà consultare con frutto: FOLLIN et DUPLAY, POULET et BOUSQUET, l'*Enciclopèdie de Chirurgie*, la traduzione del KŒNIG, ecc. Ma ci tengo ad indicare particolarmente il libro di GROSS, ROHMER e VAUTRIN, nel quale si troverà sotto forma chiara e concisa il riassunto delle nostre cognizioni più recenti.

I.

CONTUSIONI E LACERAZIONI DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI

Eziologia. — Le contusioni e le lacerazioni del fegato e delle vie biliari si osservano in due differenti condizioni. Talvolta il trauma colpisce *direttamente* la regione epatica come succede nelle cadute sul ventre o nelle contusioni provocate da un proiettile di guerra, da un colpo qualunque, dal passaggio di una ruota di vettura, ecc. Talvolta il traumatismo agisce *a distanza* come nelle cadute sulla testa, sulle natiche o sui piedi. In queste due condizioni il meccanismo delle lesioni è molto differente. Se c'è un colpo od una violenta pressione sulla regione epatica, la fissità anatomica del fegato non gli permette di sottrarsi, esso riceve direttamente tutta la forza, e secondo la forma e le dimensioni dell'agente vulnerante, secondo il grado di violenza dell'urto, si comprende che le lesioni epatiche possano variare dalla semplice lacerazione fino allo stritolamento più complicato. In caso di caduta sulla testa o sui piedi, le lesioni del fegato non sono più che lesioni per *contraccolpo*, di cui si spiega la produzione ammettendo che il fegato si schiacci esso stesso sul diaframma, sulle coste o sulla colonna vertebrale, quando una caduta sulla testa gli imprima un movimento di proiezione verso il torace, e ch'esso si laceri a livello delle sue inserzioni legamentose, quando una caduta sui piedi tende a spingerlo in basso. Quale altro fattore importante nel meccanismo di queste lesioni a distanza si deve indicare una specie di appiattimento dell'organo con brusco raddrizzamento delle sue curvature.

Queste lesioni, sieno esse dirette od indirette, avranno tanto più facilità di prodursi, quanto più l'organo sarà modificato nelle sue dimensioni o nella sua consistenza per uno stato patologico anteriore (ipertrofia, sclerosi, tumori, calcoli, ecc.). Tale considerazione s'applica sopra tutto alla vescicola biliare.

Fra i numerosi fatti che ne fanno testimonianza, ognuno cita l'istoria di quel maniscalco che ammazzò sua moglie assestandole un pugno sull'ipocondrio sinistro. All'autopsia si trovò la vescicola biliare, piena di calcoli, largamente lacerata.

Forse le dimensioni relativamente considerevoli del fegato dei neonati agiscono nel medesimo senso, e lo predispongono alle lacerazioni che talvolta subisce sotto l'influenza delle manovre del parto. In quanto alle rotture epatiche prodotte per la semplice influenza della contrazione brusca e violenta dei muscoli della parete addominale, esse sono, malgrado l'asserzione di Taylor (1), più che contestabili.

Anatomia patologica. — Le lesioni della contusione variano secondo che la capsula di Glisson è intatta o lacerata. Nel primo caso si osservano delle *ecchimosi* o degli *spandimenti sanguigni,* che sollevano la membrana d'involucro sotto forma di un risalto allungato. Nelle sue esperienze sul cane, Terrillon ha notato

(1) Taylor, *Med. jurispr.*, pag. 449, 1856.

che queste *ecchimosi* o questi *ematomi sotto-capsulari* risiedevano più sovente sulla faccia inferiore dell'organo. Nel secondo caso, molto più frequente, la capsula di Glisson è lacerata, e le soluzioni di continuità del tessuto epatico si presentano sotto diversi aspetti secondo che esse sono *superficiali, profonde* o *totali.* Le prime sono alcune volte delle *scissure* allungate nel senso antero-posteriore, alcune altre delle *fessure stellate* e talvolta delle vere spaccature, incrociantisi sotto diversi angoli. Le lacerazioni più profonde assumono la forma di fenditure le cui pareti, anfrattuose ed alte diversi centimetri, sono tagliate a picco in pieno parenchima. Queste fenditure, talvolta attraversate da vasi che hanno resistito alla lacerazione, sono in generale ripiene di un miscuglio di grumi di sangue e di poltiglia epatica. In quanto alle lacerazioni *totali,* citate da alcuni autori (Hastier, Devergie, de la Bigue Villeneuve) esse si estendono a tutto lo spessore del fegato, e la porzione di ghiandola così staccata dal resto dell'organo può cadere nella cavità addominale. La forma e la profondità di queste lacerazioni è in rapporto coll'agente vulnerante e sopra tutto col grado d'intensità del colpo. Di più, nei traumatismi d'una grande violenza, il fegato può essere *schiacciato* e *ridotto come in una poltiglia.*

Sul cane, Terrillon, ha notato che le screpolature colpiscono più sovente la faccia concava « che sola offre delle fessure profonde o fenditure » e questo particolare, a suo giudizio, dimostra l'ufficio che compie il raddrizzamento repentino della curvatura del fegato nella produzione delle lesioni. I fatti osservati nell'uomo non confermano i precedenti. Morris (1) pensa diffatti che il limite posteriore della faccia superiore sia il sito d'elezione delle lesioni quando il traumatismo è diretto e quando non vi sono fratture di coste. Succede che la parte posteriore della faccia inferiore sia interessata, ma il fatto è rarissimo. D'altronde sotto il punto di vista della maggior frequenza delle lesioni in questa od in quella regione del fegato, i risultati dati dalle statistiche non sono, come si desidererebbe, tutti concordi; e, mentre Mayer rileva 54 rotture del lobo destro su 21 della parte mediana e 10 del lobo sinistro, Ogston ci dice, al contrario, che su 25 rotture, ne ha trovato 11 sul lobo sinistro, 9 sul lobo destro e 6 al centro. Questi traumatismi del fegato possono confondersi con lesioni variabili dei canali biliari, quali rotture più o meno estese del canale coledoco, o *lacerazioni della vescichetta biliare.* Si sono persino citati dei casi in cui la vescichetta biliare colla sostanza epatica adiacente si è completamente separata dal resto del fegato. Ogston ed Alessandro Kilgour (2) ne hanno riportati due esempi notevoli.

Sintomi e diagnosi. — Nei feriti che non muoiono dopo qualche ora per *collasso,* come succede in seguito ai traumatismi violenti, i primi sintomi della contusione del fegato sono sempre più o meno mascherati dai sintomi abituali della contusione addominale (collasso, faccia raggrinzata, raffreddamento, piccolezza del polso, distensione addominale, ecc.) e potrà solo il punto d'applicazione del colpo far supporre la natura della lesione. Ma quando l'attenuazione di questo

(1) Morris, *Encyclopédie internationale de Chirurgie*, t. IV, pag. 350. Parigi 1886.
(2) Kilgour, *Edinburgh med. Journ.*, pag. 352, 1841.

complesso sintomatico dei primi momenti permette l'analisi dei sintomi, la diagnosi diventa più facile. Gl'indizi rivelatori delle lesioni sono dapprima il *dolore* coi *vomiti* biliosi, il *singhiozzo* oppure l'*imbarazzo respiratorio* che sovente l'accompagnano, e l'*itterizia*. Vengono in seguito i sintomi che risultano dall'*emorragia*, dallo *spargimento intraperitoneale della bile* e dalla *peritonite*.

Il *dolore* può mancare, ma in generale esso è molto significativo per la sua sede e le sue irradiazioni verso l'ombelico, l'appendice ensiforme o la spalla. Per Boyer l'irradiazione scapolare era il sintoma delle lesioni della faccia convessa, e le irradiazioni ombelicali erano sopra tutto rivelatrici delle lesioni della faccia concava. Ma, secondo l'osservazione di J. Rohmer e di A. Vautrin (1) queste distinzioni sono un po' speciose. Nullameno se ne terrà conto. Dal punto di vista della sua intensità, il dolore offre numerose variazioni. Esso presenta talvolta dei parossismi e delle intermittenze; s'esaspera sotto l'influenza dei movimenti o della pressione diretta, ma il suo carattere abituale è d'essere sordo, profondo e continuo. L'*itterizia* è rarissima: Chauvel e Nimier credono che la si osservi nella proporzione di 22,8 per $^0/_0$. Può essere un sintoma iniziale; ma nella maggior parte dei casi essa non sopravviene che in capo al secondo giorno od anche più tardi. Ciò è dovuto sia all'assorbimento della bile sparsa, sia alle perturbazioni succedute nelle funzioni del fegato; ed anche quand'è molto fugace, l'analisi delle urine rileva la presenza del pigmento biliare, come rileva anche, in un certo numero di casi, la glicosuria passeggiera, così ben descritta da Cl. Bernard fra le conseguenze delle contusioni del fegato.

Sebbene il dolore e qualche indizio d'infiammazione circoscritta, presto dissipata, possano costituire tutto il complesso sintomatico nei casi in cui la guarigione rapida attesta la perfetta cicatrizzazione delle parti contuse o lacerate, ordinariamente le contusioni del fegato non seguono questo decorso rassicurante, ed il più sovente bisogna tener conto delle *complicazioni* che insorgono per l'*emorragia*, pel versamento *intra-peritoneale della bile*, oppure ancora per la *suppurazione* delle regioni offese.

L'*emorragia* è una delle conseguenze più temibili delle rotture del fegato. Abitualmente l'emorragia è poco abbondante in seguito alle contusioni dirette del fegato; ma nelle rotture per contraccolpo, e sopra tutto nelle rotture che stanno sulla faccia inferiore, la frequenza di questa complicazione così come la sua gravità, diventa molto più grande. Su 135 casi di rottura, Mayer ha rilevato 51 morto per emorragia, e, su 8 casi di morti per contusione del fegato, Bryant ne ha trovati 5 per emorragia.

Il *versamento intra-peritoneale di bile* è un altro pericolo che gli antichi chirurghi consideravano come irrimediabile, e diffatti la peritonite generalizzata mortale ne è la conseguenza ordinaria. Tuttavia, è dimostrato ora per certi fatti clinici di spandimento biliare intra-peritoneali, guariti mediante punture, che questa complicazione non è fatalmente mortale. Le osservazioni classiche di Fryesse (2),

(1) J. Rohmer et Vautrin, *Nouveaux éléments de pathol. et de clin. chir.* Parigi 1891, t. II, pag. 497.

(2) Dormont, *Des épanchements de bile dans le péritoine.* Tesi di dottorato. Parigi 1874.

di De la Bigue Villeneuve e Barlow (1) sono a questo riguardo molto concludenti. Le esperienze fatte sugli animali da Ruggi parlano nel medesimo senso. Il perchè di queste variazioni nella gravità degli spandimenti di bile non è ben conosciuto. In una discussione recente del Congresso italiano di chirurgia, Loreta e Tizzoni hanno sostenuto che la bile non era tossica per il peritoneo se non quand'essa proveniva dalla vescichetta biliare. Da parte loro, Postempski e Morris pensano che la gravità della complicazione dipenda prima di tutto dal modo di scolare della bile. I versamenti continui sarebbero gravissimi, mentre che quelli repentini sarebbero molto meglio tollerati. Sebbene sia difficile pronunciarsi sul valore di queste interpretazioni, sembra peraltro razionale concludere dicendo con Rohmer e Vautrin che la gravità particolare di certi versamenti biliari debba riconoscere per causa principale la penetrazione di germi morbosi nel seno del focolaio traumatico mediante la circolazione od una lesione intestinale (setticemia intestino-peritoneale).

Dal punto di vista anatomo-patologico, si comprende infine che queste variazioni di gravità dipendano prima di tutto dal modo della reazione peritoneale. Gli incistidamenti precoci rispondono ai casi benigni, mentre che la generalizzazione della peritonite è la caratteristica dei casi gravi. Questi versamenti incistidati che si rivelano cogli indizi d'una raccolta infiammatoria e collo scoloramento delle feci, sono stati osservati anche nei casi di rottura, riferentisi alla vescicola biliare, al canale cistico ed al canale coledoco. La possibilità di questi felici esiti non deve far dimenticare la solita gravità delle lacerazioni dell'apparecchio biliare propriamente detto, tanto più che nel maggior numero dei casi questo è quasi sempre alterato da uno stato patologico anteriore che favorisce la produzione delle lesioni nello stesso tempo che aggrava notevolmente la loro prognosi.

Come ultima complicazione, potendo essa comportare una delle prognosi più serie, è necessario notare l'epatite suppurata traumatica, di cui tesseremo l'istoria con quella degli ascessi del fegato.

Prognosi. — Le esperienze sugli animali hanno dimostrato la cicatrizzazione rapida delle lacerazioni del fegato mediante l'intermediario d'un tessuto cicatrizzante che proviene dalle cellule epatiche (?), dal tessuto connettivo, dai leucociti, e dalla desquamazione dell'endotelio peritoneale. Cornil e Terrillon hanno molto insistito su quest'ultima origine del processo riparatore, che spiega come le fessure complicate con lacerazione della capsula di Glisson si cicatrizzino più presto che le lesioni sotto-capsulari. Un altro fatto sperimentale constatato da Terrillon è, che negli animali il lavorìo di cicatrizzazione si fa senza che vi sia produzione simultanea di aderenze peritoneali o viscerali a livello delle regioni lese. Questi insegnamenti hanno di certo una grande importanza (2), ma essi non sono stati ancora confermati mediante gli esami necroscopici, sebbene sia assai difficile assegnare un valore pronostico preciso alle varie lesioni che seguono alla contusione del fegato e delle vie biliari.

---

(1) Barlow, loc. cit. (citato da Rohmer e Vautrin).

(2) Terrillon, *Communication sur la chirurgie du foie* (*Bull. et Mém. de la Société de Chir.*, 1890, pag. 835).

Tutto ciò che si può dire è che la prognosi sovente gravissima delle contusioni del fegato dipende sopra tutto dalle loro complicazioni (1). Le emorragie, la peritonite e gli ascessi del fegato sono diffatti le cause abituali della morte, che, secondo la statistica di Mayer, si osserva nella proporzione di 49 %. In quanto alle lesioni epatiche in sè stesse, si è potuto dire ch'esse erano sovente senza gravità. I dati sperimentali, per lo meno, parlano in questo senso, poichè, secondo Terrillon, la cicatrizzazione delle lacerazioni superficiali è rapida a tal punto « che in 8 o 10 giorni appena, l'epitelio della sierosa ricostituito a livello della cicatrice rende la medesima quasi invisibile ». Ma non è questa che una questione di grado, e la gravità delle contusioni del fegato può essere in ultimo considerata come direttamente proporzionale alla violenza del trauma.

Cura. — La cura finora classica delle contusioni del fegato si riassume in poche parole. Quando vi ha luogo a supporre una contusione od una lacerazione del fegato, si ricorrerà all'insieme dei mezzi propri a prevenire la peritonite od a favorirne la localizzazione (riposo assoluto, dieta, oppio all'interno o morfina in iniezioni sotto-cutanee, vescica di ghiaccio sulla regione, fasciatura e compressione moderata dell'addome). Come dicono benissimo Follin e Duplay, questi mezzi devono essere continuati durante più giorni anche quando non esiste alcun fenomeno minaccioso, perchè il manifestarsi tardivo d'una grave peritonite non è impossibile. Il malato di Fergus (2) ne è la prova: egli era considerato come guarito al 5º giorno dal trauma e moriva al 7º di peritonite acutissima. In breve, sebbene sia da lungo tempo inteso che la comparsa d'una complicazione, quale un versamento incistidato od un ascesso del fegato, possa esigere un'incisione evacuatrice, la cura chirurgica classica dei traumatismi del fegato, non complicati da soluzione di continuità dei tegumenti, è l'astensione.

È forse impossibile far meglio? Io credo il contrario, ed alcuni chirurghi hanno pensato ugualmente. Nel 1887, Dixon (3) ha pubblicato un caso di rottura della vescicola biliare prodotta in un individuo di 42 anni in seguito alla caduta da un sito molto alto. In capo ad otto giorni la comparsa repentina di fenomeni febbrili aggiunta alla produzione di un versamento biliare localizzato alla regione lombare destra e riconosciuto tale mediante la puntura esploratrice, lo decisero a praticare una laparotomia esploratrice e ad esportare la vescica lacerata. L'ammalato è morto diciannove giorni dopo per ostruzione calcolosa del coledoco. Ma questa morte non potrebbe essere invocata per condannare la colecistectomia nei casi di questo genere, perchè il calcolo causa della morte era passato inosservato al momento dell'operazione, e Dixon medesimo ne conviene, che, se fosse stato altrimenti, l'ablazione del calcolo avrebbe senza dubbio salvato l'ammalato. Da parte sua, Dalton (4) ha dato la relazione molto istruttiva d'una laparotomia per rottura del fegato, conseguenza d'una forte contusione nella regione lombare

---

(1) Follin et Duplay, *Traité élémentaire de Pathologie externe*, t. V, pag. 689. Parigi 1878.

(2) Fergus, *Holme's system of Surgery*, vol. II, 2ª edizione, pag. 649.

(3) Dixon, *Annals of Surgery*, 1887, pag. 321.

(4) Dalton, *Rupture of the liver*, ecc. (*Saint Louis Corresp. med.*, 1891, t. III, pagg. 77-79).

destra per caduta su di una sbarra di ferro. In questo caso, il dolore, la produzione di una zona d'ottusità assai estesa nella regione contusa, la tensione del ventre, l'ematuria e la gravità dello stato generale parvero indizi sufficienti di una emorragia da lacerazione epatica o renale, perchè fosse decisa la laparotomia; ed il risultato ottenuto bastò per dimostrare quanto questa determinazione fosse ben fondata. Dalton, diffatti, ha trovato una lacerazione del fegato, troppo profonda per essere suturata; ne ha praticato il tamponamento con garza jodoformica, ed il suo ammalato guarì benissimo. I fatti di questa natura sono incoraggianti e coll'aiuto dei progressi della chirurgia addominale, sembra venuta l'ora di dipartirsi da una astensione troppo sistematica in presenza delle contusioni del fegato e delle vie biliari.

Con questo non intendo dire, che in presenza d'un ferito nel quale si supponga una lacerazione epatica, sia sempre necessario praticare una laparotomia esploratrice. Questa pratica sarebbe condannabile sotto ogni punto di vista. Per contro, allorchè in seguito ad un traumatismo della regione epatica, si vedono sopravvenire dei sintomi d'emorragia abbondante o di grave peritonite, noi non abbiamo più il diritto di restare inattivi e d'aspettare, per intervenire, che l'ematoma, la peritonite od il versamento biliare siano diventate raccolte incistidate. Ciò che è necessario è d'intervenire al più presto possibile mediante la laparotomia esploratrice. In caso di diagnosi erronea, questa incisione, alla condizione che sia praticata secondo le regole della più scrupolosa asepsi, resterà senza alcuna gravità. Ma se realmente esiste sia una lacerazione del fegato, sia una lacerazione delle vie biliari, la laparotomia permetterà di salvare numerosi feriti che l'aspettativa avrebbe uccisi. So benissimo che la diagnosi delle lacerazioni del fegato e delle vie biliari è sovente piena d'oscurità e, nello stato attuale delle nostre cognizioni, le indicazioni dell'intervento sono difficili a precisare. Tuttavia la repentina comparsa dei sintomi di una grave emorragia interna, il pronto insorgere degli indizi generali e locali della peritonite, la formazione rapida d'una raccolta liquida in un punto della cavità addominale, non cessano di essere tre condizioni nelle quali si debbano discutere molto seriamente le indicazioni di una laparotomia esploratrice. Questa poi potrà condurre, secondo i casi, a tre varietà d'intervento: la sutura a punti perduti delle lacerazioni epatiche, la *colecistorrafia* e la *colecistectomia*. Dal punto di vista delle indicazioni rispettive di queste due ultime operazioni, Calot (1) disse con ragione che si possono presentare questi due casi: o la ferita della vescicola è insignificante ed è sufficiente la sutura (colecistorrafia), oppure la lacerazione è larga. In quest'ultimo caso si farà senz'altro l'ablazione dell'organo (colecistectomia).

---

(1) Calot, *De la cholécystectomie*. Tesi di dottorato, Parigi 1890, pag. 101.

II.

FERITE DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI

Eziologia. — Le condizioni patologiche anteriori (aumento di volume del fegato, distensione della vescica biliare, ecc.) che predispongono il fegato alle contusioni ed alle lacerazioni, sono per lo stesso motivo delle circostanze che rendono il fegato particolarmente accessibile alle ferite propriamente dette. Il fegato può essere leso mediante strumenti contundenti, strumenti pungenti e taglienti, o proiettili da guerra. La gravità della lesione varia molto secondo il genere dell'istrumento feritore, e le differenze che separano, per esempio, un colpo di fioretto da un colpo di sciabola, o la lesione prodotta da una palla di revolver dalle ferite per armi da guerra, sono evidenti. L'agente feritore avrà altrettanto più probabilità di colpire il fegato se penetrerà nel 5° spazio intercostale a livello della linea mammillare, nel settimo a livello della linea ascellare, e nel decimo presso la colonna vertebrale (Follin e Duplay).

Ma se è vero che in certi casi la ferita cutanea per la quale penetra l'agente vulnerante sia proprio in corrispondenza del fegato, si comprende anche come in molte altre circostanze una lama di spada e sopratutto un proiettile, per non citare che due esempi, possano penetrare nei tegumenti ad una distanza più o meno grande dal fegato e con tutto ciò colpirlo per un tragitto obliquo nel loro percorso, ledendo altri organi, come la pleura, il polmone, il tubo digerente, la vena cava, il rene o la vescicola biliare. Inversamente e particolarmente nelle ferite di proiettili, la presenza d'una soluzione di continuità dei tegumenti a livello della regione epatica non ha niente di patognomonico, poichè l'istrumento feritore od il proiettile può deviare sopra una costa e raggiungere altre regioni senza che il fegato sia leso. Ne risulta che in pratica la constatazione della sede della ferita non ha che un valore molto accessorio dal punto di vista della diagnosi della lesione epatica.

Anatomia patologica. — I caratteri delle ferite del fegato variano naturalmente col variare degli strumenti che le producono. Le *punture* sono in generale delle lesioni senza gravità, ammenochè non vi sia lesione simultanea d'un vaso importante o che la ferita non sia settica ad un grado qualunque. In quest'ultimo caso è da temersi la suppurazione del fegato. Gli *strumenti taglienti* producono delle incisioni le cui dimensioni sono, si comprende, variabilissime, ed ordinariamente sezionano un grande numero di vasi. Le emorragie che ne risultano apportano una gravità particolare alle ferite di questa natura. Le lesioni da strumenti taglienti sono inoltre notevoli per le dimensioni della ferita dei tegumenti, il cui divaricamento può essere tale, che una parte più o meno grande del parenchima resti messo a nudo. Le *ferite per armi da fuoco* determinano le lesioni più varie dal semplice *solco* scavato sulla superficie del fegato allo *scoppio* più completo dell'organo (Follin e Duplay). Nelle ferite per proiettili il

tragitto è diretto o la sua apertura resta beante dopo il trauma. La regolarità dell'orifizio d'entrata e la poca estensione delle fessure che irradiano nelle sue vicinanze sono quasi sempre notevoli. L'orifizio d'uscita è, al contrario, sfrangiato, i suoi limiti sono come respinti in fuori e sminuzzati da incisure numerose, profonde e sovente estesissime. Contrariamente a molti autori, Follin e Duplay pensano che le ferite per armi da fuoco s'accompagnino *sovente* con emorragia. Può darsi diffatti che si sia esagerata la relativa rarità di questo fatto, ma non è però men certo che è più raro nelle ferite per arma da fuoco, che nelle ferite da strumento tagliente. In breve, nel fegato, come altrove, le ferite contuse conservano sotto questo punto di vista la loro relativa immunità. Si sa infine che la gravità delle ferite per armi da fuoco dipende sovente sia dalla lesione simultanea d'un viscere vicino e particolarmente da quella delle vie biliari, sia dalla penetrazione d'un corpo estraneo nel tragitto del proiettile (brandello di vestimenta, stoppa di fucile, frammento di costa staccata nel passaggio, ecc.).

Si posseggono pochi indizi precisi sui caratteri anatomo-patologici delle lesioni della vescicola o dei grossi canali biliari, che d'altronde sono molto più rare che le ferite del fegato propriamente dette.

Sintomi — Nelle ferite del fegato la sindrome sintomatologica iniziale si confonde con quella delle ferite addominali, e lo *shock* è di solito molto intenso. Da parte sua l'emorragia immediata è sovente molto abbondante. Ne risulta che le morti repentine non sono rare (11 morti rapide su 44 casi mortali, secondo Edler). Quando lo *shock* e l'emorragia non uccidono il ferito, la depressione nervosa sparisce e tosto si vede designarsi la sintomatologia speciale della lesione. Quest'ultima ha subito i suoi caratteri proprii che sono stati descritti a proposito dell'anatomia patologica, ed il fatto che esiste *una ferita aperta del fegato* dà luogo ad un certo numero d'indizii importantissimi, quali lo sgocciolamento visibile del sangue, della bile o di materie intestinali, quando v'è lesione simultanea del tubo digerente, il prolasso d'una parte di fegato più o meno voluminosa, oppure ancora l'uscita d'una poltiglia rossastra formata di sangue e di avanzi di parenchina.

Oltre a questi indizi tolti all'esame diretto della lesione, si osserva un certo numero di sintomi locali o generali che sono abbastanza rivelatori. Questi indizi d'altronde sono simili a quelli delle lacerazioni del fegato non complicate da ferita esteriore ed il fatto non sorprenderebbe. Noi troviamo qui aggruppati in vario modo secondo i casi particolari: il *dolore* colle sue *irradiazioni* classiche verso la *spalla* o l'*appendice xifoide*, i *vomiti biliosi*, il *singhiozzo* o l'*imbarazzo respiratorio*, l'*itterizia*, la *glicosuria* e tutti i sintomi soliti delle *emorragie interne, dei versamenti intraperitoneali sanguigni* o *biliari* e della *peritonite*.

Mi pare dunque inutile nuovamente descrivere questi diversi sintomi e ritornare sulla variabile gravità dello spandimento di sangue o di bile nel peritoneo, e potrei riassumere tutto ciò che qui precede, dicendo che la sintomatologia delle ferite del fegato è, prima di tutto, caratterizzata dall'associazione dei sintomi medici della contusione epatica coi caratteri obbiettivi provenienti da ciò che esiste a livello del fegato una ferita aperta. Il decorso delle lesioni è variabile secondo che si produce o no suppurazione a livello della soluzione di continuità; e per

altro non ho bisogno d'insistere sulla parte preponderante che devesi a certe condizioni, come la qualità delle medicazioni o la presenza di corpi estranei più o meno settici nel seno del focolaio traumatico. D'altronde la guarigione si osserva nei due casi. Essa può essere tarda ad ottenersi, e richiedere per esempio due mesi quando la ferita suppura, come è quasi di regola nelle ferite complicate da corpi estranei quali quelle per armi da fuoco; ma nei casi di cicatrizzazione senza pus, essa è rapida ed il processo riparatore è senza dubbio lo stesso che per le lacerazioni epatiche non complicate da ferite esteriori. Si sono anche citati dei casi di ferite complicate da prolassi del fegato, la cui cicatrizzazione si è fatta in seguito a resezione molto sommaria della parte erniosa. In quanto alle ferite delle vie biliari, esse possono pure guarire senza intervento mercè la formazione d'una fistola biliare. Cauchois (1) ne ha citato un bell'esempio.

Questo favorevole esito sfortunatamente è lungi dall'essere la regola, e nelle lesioni del fegato, come nelle sue contusioni, bisogna sempre temere la comparsa delle complicazioni che dipendono dall'*emorragia*, dalla *peritonite* o dall'epatite *suppurata*. Nei casi sfortunati è quasi sempre ad una di queste tre cause che soccombono gli ammalati.

L'*emorragia* è collo *shock* la complicazione più grave. Generalmente immediata, essa può osservarsi più tardi al momento della caduta di un'escara. Si comprende ch'essa possa formarsi, sia all'esterno sia nel peritoneo, sia da ambe le parti nello stesso tempo. Le ferite per istrumento tagliente particolarmente predispongono all'esito fatale, come attesta la statistica di Mayer (altrettanti morti per emorragia su 46 feriti per istrumenti taglienti, quanti su 61 feriti per armi da fuoco).

La *peritonite generalizzata* è la più frequente causa di morte, sia ch'essa uccida in alcune ore, sia ch'essa abbia un decorso più lento. Otis ha citato dei casi di peritonite per versamento biliare, nei quali la morte non è sopravvenuta che al ventesimo od anche al cinquantesimo giorno. Questa complicazione è dovuta sia ad uno spandimento intraperitoneale di sangue, di bile o di materie fecali, sia alla propagazione d'uno stato settico della ferita. A lato dei casi mortali di lesioni peritoneali conviene ricordare la possibilità di un incistidamento dei liquidi sparsi, e segnalare i fatti nei quali gli accidenti provocati al passaggio della bile nel peritoneo si limitano ad una reazione peritoneale intensa ed a peritonismo. Ed è così quando il liquido sparso non nasconde alcun elemento settico.

L'*ascesso del fegato* presenta qui la sua abituale gravità. Si può osservare tanto in seguito a punture che sotto l'influenza d'una ferita per arma da fuoco, e, fra le sue cause principali, è necessario sopra tutto notare nella ferita la presenza di prodotti settici, o di corpi estranei.

Come altre complicazioni possibili nelle ferite del fegato, io citerò le *embolie* di poltiglia epatica che, secondo Zenker, possono raggiungere il cuore destro od i polmoni, e le *fistole biliari* di cui si parlerà più ampiamente a proposito delle complicazioni della litiasi.

---

(1) Cauchois, *Union médicale*, 1872.

Prognosi. — Malgrado la gravità incontestabile delle ferite del fegato, la loro mortalità è meno grande di quel che ne pensavano gli antichi chirurghi. Se ne può fare un giudizio dalle statistiche di Mayer e di Edler.

Secondo questi due autori, la mortalità è diffatti del 13 $^0/_0$ per le ferite d'arma da fuoco e del 26 $^0/_0$ per le ferite da strumenti taglienti. Questa differenza a vantaggio delle ferite per armi da fuoco dipende da che esse sembrano meno esposte delle altre all'emorragia, alla peritonite ed agli ascessi del fegato. (Mentre la peritonite complica 21,9 volte su 100 le ferite d'arma tagliente, non la si riscontra che in 11 casi su 100 dopo colpi di arma da fuoco. Lo stesso succede per gli ascessi: la loro proporzione è di 9,6 $^0/_0$ nel primo caso e di 6,6 $^0/_0$ nel secondo) (Rohmer e Vautrin). In quanto alle ferite delle vie biliari, sebbene esse sieno certamente molto più gravi che le ferite del fegato, noi sappiamo per altro che non sono sempre mortali.

Cura. — Nella cura finora classica delle ferite del fegato è senza dubbio questione dell'intervento chirurgico possibile, e da lungo tempo si consiglia di ricercare con cura le sorgenti dell'emorragia, o d'esplorare il tragitto della lesione « allo scopo di scoprire e d'estrarre con precauzione i corpi estranei » (Follin e Duplay). Si aggiunge, in base agli antichi fatti di Fabrizio Ildano, di Dieffenbach, ecc., che talvolta può giovare, nei casi di prolasso del fegato, di sopprimere la parte che fa sporgenza tra i labbri della ferita.

Infine, nelle ferite del fegato, come nelle sue contusioni, allorquando sopravviene quale complicazione un versamento peritoneale incistidato od un ascesso del fegato, è di pratica usuale il farne l'evacuazione. E questo è tutto. L'astensione sistematica, consigliata dai classici nella cura delle lacerazioni senza ferita esteriore, costituisce un precetto non meno formale in quella delle ferite propriamente dette.

Ora, questo modo di fare non ha più ragione d'essere. Bürckardt (1) lo ha chiaramente detto fin dal 1887, e, nelle ferite del fegato, ben più ancora che nelle contusioni e nelle lacerazioni, le indicazioni d'una chirurgia più efficace si delineano con una chiarezza che non è più lecito di contestare, tutte le volte che la ferita del fegato si complica con emorragia o con ferita delle vie biliari. In grazia dei nuovi spedienti di cui disponiamo, ecco in qual modo si può riassumere la condotta da seguire in presenza d'una ferita del fegato.

Una ferita qualunque del fegato, quando non è complicata colla presenza d'un *corpo estraneo*, d'un *prolasso*, d'una *emorragia* o d'una *ferita delle vie biliari*, sarà dapprincipio sottomessa alla cura classica delle ferite addominali (medicazione antisettica, drenaggio regolare, riposo assoluto, preparati oppiacei, dieta, ecc.) Non bisogna dimenticare che son possibili complicazioni tardive, e quindi la sorveglianza dell'ammalato va diretta in modo conforme.

Se vi sono corpi estranei, si metterà tutto in opera per estrarli, e, ben inteso non si esiterà ad allargare la ferita per aver luce. Tuttavia se si tratta di un proiettile, può essere difficile determinare qual miglior condotta si debba seguire. Senza dubbio il suo abbandono sistematico è un precetto che noi non possiamo più

(1) Bürckardt, *Centralbl. f. Chir.*, 1887, n. 5.

accettare; ma, per contro, è certo, che l'estrazione d'un proiettile non dev'esser fatta che quando si è sicuri della sua sede, e che le operazioni necessarie per raggiungerlo non sieno troppo laboriose. Procedendo diversamente si rimarrebbe esposti a fare dei veri guasti senza alcun beneficio. È questa una questione di criterio sulla quale non posso insistere di più. Ad ogni modo bisogna ricordarsi che in certi casi (dubbio sulla sede del proiettile, impossibilità di afferrarlo senza incidere una parte troppo considerevole della ghiandola) il partito più saggio è di confidare alla suppurazione la cura di eliminare il proiettile, a meno che esso non s'incistidi; ciò che è raro, ma possibile.

Quando una porzione dell'organo forma *prolasso* attraverso la ferita, si potrà ridurla se essa non è troppo alterata. Nel caso inverso si resecherà sempre, avendo cura (fino a che la superiorità del metodo inverso sia dimostrata) di fissare il peduncolo nella ferita. Resta anche inteso che in presenza d'una raccolta peritoneale incistidata, o d'un ascesso del fegato, si procederà senza ritardo all'evacuazione del pus.

Finora quest'esposizione resta conforme ai dati classici, ed è colle indicazioni create dalla peritonite, dall'emorragia e dalle ferite delle vie biliari, che compaiono i nuovi vantaggi che dobbiamo ai progressi della chirurgia addominale.

Per la peritonite, le indicazioni non sono ancora emesse con tutta la chiarezza desiderabile. Tuttavia Gross, Rohmer e Vautrin sono d'accordo con diversi chirurghi, quando dicono che la peritonite esige la laparotomia appena siasi dichiarata, affine di permettere la minuziosa toelette del peritoneo. Diffatti è dimostrato che si potrà, in tal modo, arrestare in certi casi il processo peritonitico evacuando i liquidi settici generatori della complicazione (bile, pus od anche materie fecali in caso di lesione simultanea del tubo digerente).

L'*emorragia* conterà fra le indicazioni più formali della laparotomia, che sola permetterà d'arrestare lo scolo mediante il tamponamento o la sutura dei bordi della lacerazione epatica come hanno già fatto Escher (1), Czerny (2), Dalton (3), A. Broca (4) ed Adler (5) (*a*). Il caso d'Adler è particolarmente dimostrativo. Si tratta d'una lesione del fegato per coltellata in un giovane di 22 anni. Per via transpleurale combinata colla resezione costale, egli ha suturata una ferita della faccia convessa e guarì il suo ammalato.

Infine le *ferite delle vie biliari* saranno a loro volta una indicazione non meno essenziale della *laparotomia*. Quest'ultima terminerà con un intervento variabile secondo i casi. Le *lacerazioni della vescicola biliare* saranno trattate,

(1) Escher, Trieste 1888, citato da A. Broca.

(2) Czerny, citato da Hess; *Arch. f. path. Anat. und Phys.*, 1890, t. LXXI, pag. 154. Citato da A. Broca.

(3) Dalton, *Weeckly med. Review*, 4 ottobre 1890, pag. 261 (citato da A. Broca).

(4) A. Broca, *Deux laparotomies pour plaies du foie* (*Mercredi médical*, 1891, pag. 161).

(5) Adler, *Mercredi méd.*, 1891, pag. 399.

(*a*) [Le storie cliniche degli Ospedali di Roma dànno un contributo particolarmente grande alla sutura nelle ferite epatiche, con numerosi casi di guarigioni, ottenute da Postempski e Scalzi (16 casi), Montenovesi, Micheli, ecc. (*Atti della Società italiana di Chirurgia*, X Congresso. Roma, ottobre 1893) (D. G.)].

come già ho detto a proposito delle contusioni del fegato, sia colla *colecistorrafia*, sia colla *colecistectomia* secondo ch'esse saranno piccole o grandi. La *colecistectomia* sarebbe ancora l'intervento da scegliere in caso di lesione del canale cistico. In quanto alle lesioni del canale coledoco esse sarebbero un'indicazione chiara di *colecistenterostomia*.

Questi pochi consigli operatorii sono ancora un po' teorici e ci mancano i fatti per apprezzarne definitivamente il valore. Tuttavia non si può negare ch'essi sieno conformi ai dati attuali della chirurgia delle vie biliari; e ciò che noi sappiamo già sul valore di queste operazioni permette d'affermare che, nelle condizioni precitate, esse collocherebbero gli ammalati nelle migliori condizioni dal punto di vista della guarigione. La dichiarazione recente di Terrier (1) ne fa chiaramente testimonianza: « Se la laparotomia immediata e mediana, egli dice, è indicata quando si suppone una ferita penetrante dell'addome, *a fortiori si deve farla quando si suppone una ferita del fegato* ».

CAPITOLO II.

ASCESSI DEL FEGATO

La suppurazione del fegato riveste due modalità principali. Una è caratterizzata dalla piccolezza e dalla molteplicità dei focolai purulenti. Essa corrisponde sia alle *periangiocoliti* della litiasi nelle loro forme diffuse, sia alle forme analoghe della *peripileflebite* e, nei due casi, le lesioni sfuggono al nostro intervento. La stessa cosa è dei focolai metastatici disseminati e multipli dell'*infezione purulenta*. Esiste dunque tutta una serie di *piccoli ascessi* che non potrebbero trovar posto in questo studio chirurgico. L'altra modalità della suppurazione epatica corrisponde al contrario a raccolte purulente più voluminose e che per conseguenza entrano nel dominio del bistori. Questi *grandi ascessi del fegato* che possono anche riconoscere per causa certe forme della *pileflebite* o dell'*angiocolite* dei calcolosi, succedono sopra tutto alle diverse varietà dell'*epatite circoscritta* e specialmente all'*epatite dei paesi caldi*. Ma qualunque sia la loro origine, sono eziandio i soli che il chirurgo possa guarire e per conseguenza i soli che noi dobbiamo qui descrivere. Noi dovremo anche parlare a tempo e luogo degli *ascessi consecutivi alla suppurazione di cisti idatiche e delle raccolte purulente tubercolari;* ma queste due varietà di suppurazione son troppo speciali per essere confuse coll'istoria dell'epatite suppurata.

Storia. — Gli ascessi del fegato son conosciuti fin dalla più remota antichità, e la storia degli « apostemi del fegato » quale noi la troviamo nei libri ippocratici

---

(1) Terrier, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1891, pag. 513.

o nelle opere di Galeno e di Celso (1) è molte volte d'una precisione sorprendente. Ma, senza disconoscere il valore di questi scritti antichi copiati da tutti gli autori del medio evo, e senza dimenticare l'importanza di alcuni studii meno lontani, quali le Memorie altre volte classiche di Souiller (2) all'Accademia di Medicina, e d'Andouillé (3) all'Accademia di Chirurgia, è necessario riconoscere che le nostre cognizioni precise sui grandi ascessi del fegato hanno solamente cominciato colle nuove condizioni d'osservazione repentinamente create dall'accrescimento coloniale dell'Inghilterra e della Francia.

I medici inglesi han subito messo a profitto tutti i mezzi di studio che loro offriva l'occupazione delle Indie, ed i considerevoli lavori di Twining, di Morehead, d'Annesley (4), di Graves (5) hanno, pei primi, tracciato in modo definitivo la fisionomia clinica dell'epatite suppurata dei paesi caldi. Alla loro volta i medici di marina e delle colonie francesi hanno tratto partito dei numerosi materiali che loro ha fornito il soggiorno in Algeria, e l'istoria clinica degli ascessi epatici si è così completata colle opere di Haspel (6), di Cambay, (7), di Catteloup (8), di Rouis (9) e di Dutrouleau (10), per non ricordare che i principali. Gallard (11) più tardi ha consacrato diverse lezioni importanti alla questione. Numerose tesi, fra le quali citeremo sopra tutto quella di Lavigerie (12), son giunte ap recisare alcune particolarità; infine Rendu (13) nel suo notevole articolo del *Dizionario enciclopedico* ci ha dato sugli ascessi del fegato uno fra gli studi più completi e più coscienziosi che noi possediamo. I lavori contemporanei che sono stati pubblicati dopo l'articolo di Rendu non hanno che poco modificato l'insieme delle nozioni acquistate sulla clinica dell'epatite suppurata. Per contro essi hanno rischiarata di nuova luce la patogenesi e sopra tutto la cura di questa affezione.

Ecco l'indicazione bibliografica dei principali fra essi:

Per tutti i lavori anteriori al 1877, vedi la bibliografia molto completa di Rendu, art. Foie del *Dict. enc. des Sc. méd.*, t. III, serie 4ª, pag. 85. — Gallard, Epatite ed ascesso del fegato; *Clin. méd. de la Pitié*, pag. 312, 1877. — Frerisch, Trattato pratico delle malattie del fegato. Trad. Dumenil. Parigi 1877. — Laveran, *Arch. de Phys.*, 1879. — Stromeyer-Little e Ayme, Cura degli ascessi del fegato; *Arch. méd.*, novembre-dicembre 1880. — Rochard, Cura degli ascessi del fegato; *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 26 ottobre 1880. — A. Chauffard, Studio sugli

---

(1) Celso, t. IV, cap. XV, trad. Védrènes, pag. 241.

(2) Souiller, *Mém. de l'Acad. de Méd.*, 1730.

(3) Andouillé, *Mem. de l'Acad. de Chir.*, 1757.

(4) Annesley, *Researches on diseases of the India*, t. I, pag. 404, 1825.

(5) Graves, *Dublin hosp. Reports*, 1827, t. IV, pag. 39. *The Philadelphia monthly Journ.*, 1827. — *Medico-chir. Rep.*, Londra 1833, pag. 443. — *The Dublin med. Journ.*, 1833.

(6) Haspel, *Traitement des abcès du foie* (*Gaz. méd. de Paris*, 1846).

(7) Cambay, *Traitement des maladies des pays chauds.* Parigi 1847.

(8) Catteloup, *Recueil des Mém. de Méd. et de Pharm. milit.*, 1847.

(9) Rouis, *Recherches sur les suppur. du foie*, ecc. Parigi 1860.

(10) Dutrouleau, *Mémoires sur l'épatite des pays chauds; Mém. de l'Acad. de Méd.*, 1836, t. XX, pag. 207.

(11) Gallard, *Union médicale*, 1855, 1871, 1872 e *Clinique médicale de la Pitié.* Parigi 1877, lezione 11ª, pag. 312.

(12) Lavigerie, *De l'hépatite et des abcès du foie.* Tesi di laurea di Parigi, 1866.

(13) Rendu, *Dict. encycl.*, serie 4ª, t. III, pag. 23.

ascessi areolari del fegato; *Arch. de Phys.*, 1883, serie 3ª, t. I, pag. 263. — Bérenger-Feraud, Trattato della dissenteria. Parigi 1883. — Rousse, Delle aperture degli ascessi del fegato. Tesi di Montpellier, 1883. — Long, Dei diversi metodi di cura degli ascessi del fegato. Tesi di Montpellier, 1884. — Caravias, Cura delle raccolte purulente del fegato con incisione larga ed antisettica. Tesi di Parigi, 1885. — De Gennes e Kirmisson, Nota su due casi di ascesso del fegato consecutivi, l'uno alla dissenteria, l'altro ad un antico traumatismo; *Arch. générales de Méd.*, settembre 1886, pag. 288. — Netter, Presenza normale di due microbii patogeni (stafilococco e bacillo corto) nel coledoco; *Bull. de la Soc. Anat.*, 29 ottobre 1887. — Mabbona, Cura degli ascessi del fegato col metodo di Stromeyer-Little; *Rev. chir.*, 1887, pagg. 354 e 467. — Gervais, A proposito di alcune epatiti consecutive alla febbre tifoidea. Tesi di Parigi, 1887. — Arnaud, Considerazioni sull'epatite suppurata dei nostri climi. Tesi di Marsiglia, 1887. — Soreca, I traumatismi della testa e gli ascessi del fegato; *Incurabili*, n. 9, 1887. — Brossier, Gli ascessi del fegato espettorati. Tesi di Parigi, 1888. — Defontaine, Cura degli ascessi del fegato; *Gazette des hôpitaux*, 19 maggio 1888. — Le Scour, Roux, Fraissineng. Tesi di Montpellier, 1888. — Parée, Tesi di Bordeaux, 1888. — Kelsch e Kiener, Natura dell'epatite suppurata dei paesi caldi; *Arch. gén. de Méd.*, settembre 1888, pag. 257. — Trattato delle malattie dei paesi caldi. Parigi 1889. — Morvan, Apertura degli ascessi del fegato. Tesi di Bordeaux, 1888. — Gremillon, Considerazioni sulla cura degli ascessi del fegato. Tesi di Parigi, 27 nov. 1889. — Mignotte, Tesi di Montpellier, 1889. — Turri, Causa rara degli ascessi del fegato; *Raccogl. med.*, Forlì, 30 ottobre 1889. — Debergue, Della migrazione degli ascessi nell'epatite cronica dei paesi caldi. Tesi di Montpellier, 1889. — Geigel, Sull'epatite suppurata; *Verhand. der Phys. med. Ges.*, 1889, pag. 35. — Jacobsen, Ascesso del fegato aperto nel pericardio; *Revista de Ciencias med.*, 20 febbraio 1889. — Chauvel, Incisione diretta degli ascessi del fegato; *Arch. gén. de Méd.*, agosto 1889, pag. 129 e *Bull. de la Soc. de Chir.*, 8 gennaio 1890. — L.-E. Bertrand, Quadro statistico degli ascessi del fegato operati col metodo di Stromeyer-Little negli ospedali di marina a Tolone dal 1882 al 1889; *Rev. de Chir.*, 1890, n. 8, pag. 621. — Bettelheim, Ascessi del fegato; *Arch. für klin. Med.*, Bd. XLV, 1 e 2, 1890. — Godlee, Cura chirurgica degli ascessi epatici; *Brit. med. Journ.*, 25 gennaio 1890. — Harley, Trattato delle malattie del fegato; traduzione di Paolo Rodet. Parigi 1890, pag. 206. — Daveran, Due ascessi del fegato. Esame del pus; *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, seduta del 25 luglio 1890. — Rusche, Sopra un caso raro di ascesso del fegato in un lattante; *Berl. klin. Woch.*, 1889, n. 39. — Kartulis, Ueber tropische Leberabscesse; *Arch. für path. Anat. und Phys.*, Bd. 118, Heft 1, 1890. — Sur Aetiologie der Leberabscesse; *Centralbl. für Bakt. und Parasiten*, Bd. II, n. 25. — Cornil e Babès, Trattato dei bacterii, 1890. — Gilbert e Girode, Bacillo di Escherisch negli ascessi epatici; *Bulletin de la Soc. de Biologie*, 27 dicembre 1890. — Delle angiocoliti ascendenti suppurative; *Bulletin de la Soc. de Biologie*, 21 marzo 1891. — Peyrot, La sterilità del pus negli ascessi del fegato e sue conseguenze chirurgiche; *Bull. de la Soc. de Chir.*, 7 gennaio 1891. Discussione: Terrier, Boully, Perrier. — Charrin e Roger, Angiocolite suppurata sperimentale; *Bull. de la Société de Biol.*, 21 febbraio 1891. — L.-E. Bertrand, Origine e natura microbiche, non specifiche, dell'epatite suppurata; *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1891, pagg. 43, 54, 65. — Veillon e Jayle, Presenza del Bacterium coli commune in un ascesso dissenterico del fegato; *Société de Biologie*, 10 gennaio 1891. — Nermord, Contribuzione allo studio delle fistole biliari. Tesi di Parigi, 1891. — E. Dupré, Le infezioni biliari. Tesi di Parigi, 1891, e *Gaz. des hôp.*, 1891, n. 97, pag. 901. — Aubert, Studio sugli ascessi areolari del fegato. Tesi di Parigi, 1891. — Buisseret, Della chiluria negli ascessi nel fegato. Bruxelles 1891. — Fraenkel, Due casi di ascessi del fegato; *Soc. di med. int. di Berlino*, seduta del 19 ottobre 1891; *Mercr. méd.*, 1891, pag. 758.

Eziologia e patogenesi. — L'epatite suppurata riconosce sei cause determinanti principali: i *traumatismi del fegato*, i *corpi estranei delle vie biliari*, le *lesioni suppurative traumatiche o d'altra natura* risiedenti sia in un punto qualunque del corpo, sia nella zona del sistema della vena porta; le *infiammazioni ulcerative di qualunque genere che colpiscono il tubo digerente*, la *dissenteria* e senza dubbio la *malaria*. Ma se si tien conto del processo della suppurazione

epatica in queste varie condizioni, si può dire che dal punto di vista patogenetico, esistono semplicemente tre varietà d'ascessi del fegato: gli *ascessi d'origine traumatica*, gli *ascessi metastatici* e gli *ascessi consecutivi all'epatite dei paesi caldi*. In quanto alle suppurazioni descritte come *idiopatiche* o *spontanee*, si tende ognor più a radiarle dal quadro nosologico. Molti autori sono assai categorici a questo riguardo, e per Harley (1), per esempio, l'ascesso epatico spontaneo non esiste.

L'*epatite suppurata traumatica* provocata da un *trauma del fegato* o dalla presenza di *corpi estranei nelle vie biliari*, è fra le più rare. Nel numero dei corpi estranei conviene citare in prima linea i *calcoli intra-epatici* che, dapprima localizzati nel tragitto d'un canaletto intra-epatico, finiscono coll'ulcerarlo e determinano la suppurazione del parenchima. Ma, *qualunque altro corpo estraneo* introdotto nello spessore del tessuto epatico è capace di provocare dei fatti analoghi. È così che si son citati degli esempi di *spilli* inghiottiti e ritrovati in un ascesso epatico (2). Altrevolte sono degli *ascaridi* lombricoidi che raggiungono il fegato mediante il canale coledoco e producono le stesse conseguenze. Lobstein (3), Forget (4) e Lebert (5) ne hanno citati dei curiosi esempi.

Gli ascessi metastatici son molto meno rari dei precedenti. Gli uni succedono ad una ferita situata sopra un punto qualunque dell'organismo ed è assai conosciuto il triste privilegio a questo riguardo *delle ferite della testa*. Le altre hanno per causa *tutte le operazioni praticate sulle vene afferenti al sistema della porta* (operazioni sul retto, escisione delle emorroidi procidenti, ecc.). Il processo, il cui punto di partenza qui dev'essere ricercato in una trombosi iniziale della vena porta o nel trasporto d'emboli settici, è lo stesso per gli esempi abbastanza rari d'ascessi consecutivi a *flegmasie peri-uterine*. Rougton (6), Handfort (7) Steven (8) e Tournier (9) ne hanno pubblicati varii casi. Può darsi che sia necessario riunire ai fatti precedenti gli ascessi del fegato che succedono all'*endocardite ulcerosa* ed alla *gangrena polmonare* (Thierfelder). Koenig (10) è d'opinione che una « trombosi arteriosa possa, per migrazione, determinare un ascesso del fegato » nelle condizioni precedenti. Ma questa non è che un'ipotesi, e noi dobbiamo aspettare prima di dare a queste curiosità anatomo-patologiche una precisa interpretazione.

L'*epatite suppurata* conosciuta sotto il nome d'epatite dei paesi caldi o di epatite a grandi ascessi, è di gran lunga la più frequente ed è quella che, dal punto di vista chirurgico c'interessa più direttamente. L'eziologia immediata di questa varietà d'epatite ha suscitato numerose controversie. Senza dubbio da lungo

---

(1) HARLEY, *Traité des maladies du foie*. Trad. di Paolo Rodet. Parigi 1890, pag. 206.
(2) WAHSON WASDALE, *The Lancet*, ottobre 1868.
(3) LOBSTEIN, *Journal complément*, 1829, t. XXXIV.
(4) FORGET, *Union méd.*, 1856.
(5) LEBERT, *Traité d'anat. pathologique*, 1860, t. I, pag. 412.
(6) ROUGTON, *Saint-Barthol. hosp. Rep.*, 21, pag. 173.
(7) HANDFORT, *Brit. med. Journ.*, maggio 1886, pag. 881.
(8) STEVEN, *Bull. méd.*, 1890, pag. 160.
(9) TOURNIER, *Prov. médicale*, 22 novembre 1890, n. 47, pag. 557.
(10) KOENIG, *Traité de Pathol. chirurgicale;* traduzione di Conte. Parigi 1889, t. II, pag. 182.

tempo si è d'accordo sulle condizioni atmosferiche e climatologiche che favoriscono il suo scoppio. Il suo carattere endemico in tutti i paesi caldi, le variazioni della sua frequenza secondo le stagioni e il suo predominio nelle contrade intertropicali, hanno da lungo tempo dimostrato l'influenza patogenica delle *alte temperature.* Si sa anche che *l'umidità dell'atmosfera, il piccolo grado d'elevazione del suolo* e sopra tutto le *variazioni repentine della temperatura* sono dei fattori eziologici importanti. Ma il punto più discusso concerne le relazioni che conviene stabilire tra l'epatite suppurata e le due malattie infettive di cui essa è, si può dire, la compagna obbligata nei paesi caldi; io voglio parlare della *dissenteria* e della *malaria.*

Numerosi medici pensano con Giulio Simon (1) che l'influenza miasmatica comune alle febbri intermittenti ed alla dissenteria debba dominare tutta l'eziologia dell'epatite suppurativa; ma questa opinione non è generale, e Rendu, per esempio, conclude per la non identità della causa originale delle due malattie, basandosi su questo fatto, che la febbre malarica può estendere i suoi disastri in paesi che l'epatite rispetta, e reciprocamente. Lo stesso succede per la dissenteria riconosciuta come causa generale degli ascessi del fegato; e se nessuno pensa a negare le relazioni patogenetiche di questi due stati morbosi, la loro precisa interpretazione non resta meno delicata in certi casi. Quando la dissenteria precede l'epatite, da lungo tempo ognuno crede che l'epatite abbia per causa il trasporto di prodotti settici emanati dall'ulcerazione intestinale. Per contro, quando la dissenteria sopravviene dopo l'esplosione dei fatti epatici, non si può accettare una spiegazione identica; e se alcuni autori girano la difficoltà ammettendo con Budd (2) che si tratti sempre in questi casi di affezioni del fegato già antiche intercalate con una dissenteria intercorrente, altri medici hanno trovato più logico ammettere con Dutroulau che la dissenteria e l'epatite dipendessero da una sola e medesima causa originale.

Io credo, che sarebbe troppo prematuro il troncare d'un colpo tali questioni complicate che ancor tengono divise le migliori intelligenze. Tuttavia, se vi sono dei casi in cui l'interpretazione patogenetica resti oscura, se ne trovano molti altri, e dei meglio osservati, che dimostrano perentoriamente, che la malaria e sopra tutto la dissenteria, sono due fattori eziologici di prima importanza nella genesi delle suppurazioni epatiche. È impossibile diffatti disconoscere il valore delle osservazioni sulle quali si basano gli autori che credono all'influenza patogenetica della malaria e vanno fino a descrivere due forme d'ascessi del fegato, ben distinti per le loro cause, i loro caratteri anatomo-patologici e la loro prognosi: gli *ascessi dissenterici* e gli *ascessi malarici* (3).

In quanto alla dissenteria, la sua influenza è ancora più evidente e la rarità possibile degli ascessi epatici in certe epidemie di dissenteria non prova che una cosa sola, cioè che la dissenteria non ha sempre il medesimo grado di virulenza.

---

(1) Jules Simon, *Nouveau Dict. de Méd. et de Chir.*, t. XV, pag. 58. Parigi 1872.

(2) Budd, *On diseases of the Liver.* Londra 1857.

(3) Gremillon, *Quelques considérations sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement des abcès du foie.* Tesi di laurea. Parigi 1889, n. 21.

Difatti, come dice Rendu (1), le statistiche bene interpretate dimostrano che nella maggior parte dei casi, nei $^{9}/_{10}$ secondo Rouis « la dissenteria si trova come fattore eziologico quasi necessario ». Questa stretta parentela degli ascessi epatici e della dissenteria apparisce tanto chiaramente nei nostri climi come nei paesi caldi. Le osservazioni di Riegler (2) in Turchia, di Gestin (3) in Francia e di Schmidt (4) a Rotterdam hanno da lungo tempo dimostrato la *completa identità* (5) degli ascessi del fegato consecutivi alla dissenteria delle regioni temperate con quelli delle zone torride. Questa nozione capitale è classica dopo i lavori di Monneret, di Fallard, di G. Budd (6), di Dubain (7) e di Bergés (8).

Le *infiammazioni ulcerative qualunque siano del tubo digestivo* possono anche esse, e per un meccanismo analogo a quello della dissenteria, provocare delle suppurazioni epatiche? Il fatto è raro, ma indiscutibile per la sifilide e per le ulcerazioni dell'appendice ileo-cecale (9), per la semplice entero-colite (10), per la febbre tifoidea (11), per la tubercolosi intestinale e per le ulcerazioni gastriche (12). Arnaud (13) ha persino citato un caso d'ascesso epatico in conseguenza d'una proctite per pederastia passiva.

Accanto alle cause determinanti immediate che ho testè ricordato, conviene dare una parte importante alle *cause predisponenti* che dipendono sia dalla *ricettività* degli individui, sia dalle condizioni igieniche nelle quali si trovano collocati. L'*età* ha per la prima una parte importante, e sebbene Rusche (14) abbia recentemente citato il caso tutt'affatto eccezionale d'un ascesso del fegato in una bambina di tre mesi e mezzo per una trombosi della vena ombelicale, si può ammettere che l'epatite suppurata è quasi sconosciuta nei bambini.

Essa non si osserva guari che a partire dai 15 ai 20 anni, per raggiungere il *maximum* di frequenza nei 25 o 30 anni. Al di là di questa età sembra che la predisposizione vada decrescendo, e, passati i sessant'anni, essa diviene eccezionale. L'influenza del *sesso* è dubbia. Tuttavia l'epatite suppurata è più frequente negli uomini, senza dubbio a causa dei lavori più duri ai quali essi si dànno, e sopra tutto degli eccessi nei quali sono più soliti a cadere.

---

(1) Rendu, loc. citato.

(2) Riegler, *Wien. med. Wochenschrift*, 1856, n. 46.

(3) Gestin, *Arch. gén. de Méd.*, 1858, t. XII, pag. 5 e seguenti.

(4) Schmid, *Neederl. Weekbl*, Voor Genesk, 1854.

(5) Vedasi sul medesimo soggetto la persuasiva comunicazione d'Arnaud all'ultimo Congresso di Marsiglia sull'epatite suppurata dei nostri climi.

(6) Budd, loc. citato.

(7) Dubain, *Essai sur l'hépatite suppurée de nos climats*. Tesi di laurea. Parigi 1876.

(8) Bergès, *Abcès du foie des régions temperées*. Tesi di laurea. Parigi 1876.

(9) Payn, *Transact. of the path. Soc.*, t. XXI, pag. 231, 1871. — Westermann, *Dell'epatite suppurativa*. Dissertazione inaugurale. Berlino 1868.

(10) Hilton-Fagge, *Transact. of the path. Soc. of London*, t. XXI, pag. 235, 1871. — Vessière, *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, pag. 803.

(11) D. A. Gervais, *À propos de quelques hépatites consécutives à la fièvre typhoïde*. Tesi di Parigi, 1887.

(12) Murchison, *Trans. of the path. Soc. of London*, t. XXVII, pag. 145, 1867.

(13) Arnaud, *Considér. sur l'hépatite suppurée de nos climats*. Marsiglia 1887.

(14) Rusche, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1889, n. 39; *Jahrbl. für Kinderheilk.*, t. XXXI, fascicoli 1 e 2. Anal. nella *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, aprile 1890, pag. 376.

Più che il sesso, la considerazione delle razze deve entrare in causa (1). I fatti dimostrano che gli Europei e gli individui di razza bianca, sopra tutto quando non sono acclimatati, pagano alla malattia un più largo tributo che gli indigeni. Tuttavia non è necessario inferirne che l'influenza della razza sia sola in causa, e come dice molto giustamente Harley (2), la ricettività speciale degli Europei dipende prima di tutto sia dalla loro igiene difettosa, sia dalla loro intemperanza. Difatti gli *eccessi di nutrizione,* l'*alcoolismo* e l'*abuso degli alimenti aromatizzati* figurano fra le cause più attive dell'epatite suppurata. L'*abuso del calomelano,* di cui gli Inglesi fanno sì grande uso, è una causa occasionale del medesimo ordine. Inversamente una *nutrizione insufficiente,* gli *strapazzi fisici* e le *passioni deprimenti* hanno un'influenza patogenetica non meno evidente. Infine si è riconosciuto che tutte le circostanze suscettibili di determinare delle congestioni viscerali, cangiando bruscamente il corso delle secrezioni normali, favoriscono l'insorgere della epatite; tali sono le ingestioni intempestive di *bevande ghiacciate,* i *raffreddamenti* d'ogni natura sopravvenuti allorchè il corpo è in sudore, e l'*impressione del freddo umido* che succede alla sera dopo una giornata di gran calore.

Detto questo sull'*eziologia classica* degli ascessi del fegato, è necessario domandarsi per qual *meccanismo intimo* le cause precedentemente enumerate ingenerino le suppurazioni del tessuto epatico. Questa questione sì complessa e tante volte discussa, avrebb'essa alfine trovata la sua soluzione definitiva? Tutto ci porta a crederlo, e la scuola bacteriologica moderna è molto positiva a questo riguardo. Per essa, la *perfetta asepsi del fegato* e delle *vie biliari* salvochè alle loro estremità terminali (3) è un fatto avverato, e l'introduzione d'un microorganismo nel seno del parenchima epatico è la condizione *sine qua non* della sua suppurazione. Ciò che significa in ultima analisi che *tutti gli ascessi del fegato sono d'origine microbica.* Questa concezione di semplicità e d'unità meravigliosa incontra bensì qua e là alcuni fatti se non contraddittorii almeno delicati ad interpretare, e, su alcuni punti, sono ancora necessarie ulteriori ricerche per portare la questione al punto definitivo; ma è necessario riconoscere che già fin d'ora la dottrina nuova possiede al suo attivo dei fatti persuasivi e dei lavori notevoli.

Rendu (4) è uno dei primi che chiaramente han presentito l'uffizio dei microorganismi nella patogenesi degli ascessi del fegato; ma le constatazioni precise non datano che dal 1886. È in quest'epoca che Cornil e Babès (5) studiando col microscopio i focolai giallastri d'un fegato crivellato da ascessi piemici, hanno visto « i capillari più o meno riempiti, qua e là, di *micrococchi* agglomerati in masse zoogleiche ».

---

(1) Rendu, loc. cit., pag. 46.

(2) Harley, loc. cit., pag. 207.

(3) Duclaux, *Germes dans l'économie.* — Netter, *Chimie biologique.* Presenza normale di due microbii patogeni (stafilococco e bacillo corto) nel coledoco; *Bull. de la Soc. Anatomique,* 29 ottobre 1885, pag. 85. — E. Dupré, *Gaz. des hôp.*, 1891, n. 97.

(4) Loc. cit., pag. 38.

(5) Cornil et Babès, *Les bactéries.* Parigi 1886.

Nel mese di settembre dello stesso anno, De Gennes e Kirmisson (1) hanno avuto pei primi l'occasione di sottomettere all'analisi batteriologica l'epatite a grandi ascessi. In due casi d'ascesso del fegato, uno sopravvenuto durante una dissenteria dei paesi caldi, l'altro in seguito ad una pioemia conseguente alla frattura d'una costa, essi hanno trovato dei *diplococchi* e dei *micrococchi* riuniti in catenelle nel pus e nelle pareti dell'ascesso.

L'importante Memoria di Kartulis è venuta dopo, seguita ben tosto dai lavori di Bertrand e dei suoi allievi (2), di Souques, di Gilbert e Girode, di Charrin e Roger e di E. Dupré. Kartulis in una prima Memoria pubblicata nel 1887 (3) attribuisce la genesi della dissenteria tropicale e dell'epatite suppurata ad un agente specifico che sarebbe l'*ameba del colon*, ma indica nel medesimo tempo l'esistenza di *microbii piogeni* negli ascessi epatici di ogni provenienza. Tant'è che, secondo questo autore, esistono dei *microorganismi* tanto negli ascessi che egli chiama idiopatici, che negli ascessi dissenterici, e la sola differenza che esiste tra gli uni e gli altri è la presenza d'ambe in questi e la loro assenza negli altri. Tale è la conclusione dell'opera sua più recente (4). Nel 1888 Bertrand dimostra che nell'intestino affetto da grave dissenteria (vera furoncolosi dell'intestino?) si trova lo *staphylococcus aureus* od *albus* (5), poi, l'anno seguente (6) rivolge all'Accademia di Medicina una nota relativa alla presenza dello *stafilococco piogeno* nel pus di un ascesso dissenterico del fegato.

L'anno medesimo Souques comunica alla Società Anatomica un'osservazione d'ascessi multipli del fegato consecutivi ad una tiflite ulcerosa coi risultati seguenti dal punto di vista batteriologico: *nessun microorganismo speciale*, nessun bacillo, assenza di streptococchi; *micrococchi isolati* od a *diplococchi; alcuni stafilococchi.* Nel 1890 Gilbert e Girode (7) insistono sulla presenza del *bacillo d'Escherisch* con esclusione di ogni altro in due casi di colecistite suppurata, e poco tempo dopo Charrin e Roger (8) lo descrivono nel pus verdastro che riempiva i canali biliari di un ammalato morto d'insufficienza epatica nella clinica del professore Bouchard. Vengono infine le ricerche di E. Dupré, Claisse, Malvoz, di Veillon e Jayle, dimostranti che altre specie microbiche, contenute nel duodeno, possono emigrare nelle vie biliari per diventarvi agenti attivi di suppurazione. Lo *streptococco* è stato constatato da Malvoz e Dupré (9) in un caso d'infezione biliare in

---

(1) De Gennes e Kirmisson, *Note sur deux cas d'abcès du foie consécutifs, l'un à la dysentérie, l'autre à un traumatisme ancien* (*Arch. gén. de Méd.*, settembre 1886, pag. 288).

(2) Scour, Tesi di Montpellier, 1888. — Roux, Fraissineng, Tesi di Montpellier, 1888. — Parée, Tesi di Bordeaux, 1888. — Mignotte, Tesi di Montpellier, 1889.

(3) Kartulis, *Zur Ætiologie der Leberabsc.* (*Centralbl. für Bakt. und Parasitenkunde*, 2, n.25).

(4) Kartulis, *Ueber tropische Leberabscesse* (*Arch. für path. Anat. u. phys.*, 118, Heft. 1). An. nella *Rev. des Sc. Méd.*, 15 luglio 1890.

(5) Bertrand, *Relation d'une épidémie de dysentérie*, ecc. (*Arch. de Méd. navale*, 1888, e *Bull. de l'Acad. de Méd.* Rapporto di Ollivier, 1890).

(6) Bertrand, *Note à l'Acad. de Méd.*, 19 marzo 1889.

(7) Gilbert e Girode, Società di Biologia, 27 dicembre 1890.

(8) Charrin e Roger, Società di Biologia, 21 febbraio 1891.

(9) Dupré, *Présence du streptocoque dans un cas d'infection biliaire consécutif à la fièvre typhoïde* (*Bull. de la Soc. Anat.*, gennaio 1891, pag. 29, e tesi di laurea di Parigi, 1891, n. 117).

seguito a febbre tifoidea. Claisse (1) ha trovato lo streptococco associato al *bacterium coli* in un ascesso areolare del fegato. Gilbert e Girode (2) hanno trovato lo *streptococco bianco* ed il *pneumococco* con esclusione d'ogni altro microbio in un caso ove solo i canali cistico e coledoco erano in suppurazione. Veillon e Jayle (3) hanno scoperto la presenza del *bacterium coli commune* in un ascesso dissenterico del fegato.

Tutte queste constatazioni batteriologiche sufficienti per istabilire la origine microbica degli ascessi epatici, non sono forse ancora abbastanza numerose perchè si possa emettere un'opinione troppo assoluta sulla specificità o no dei microorganismi generatori delle suppurazioni epatiche. Peraltro si deve convenire che le idee generali difese da Bertrand (4) in una sua recente e molto notevole Memoria sull'*origine e sulla natura microbica non specifica dell'epatite suppurata* sono sotto ogni punto di vista molto verosimili. Secondo questo autore, la varietà di epatite primitiva descritta dagli Inglesi sotto il nome di epatite *tropicale* è la sola che possa avvalorare il concetto della specificità. È ancora possibile dare una diversa spiegazione della suppurazione nei casi di questo genere. E difatti è dimostrato che allo stato normale esistono nell'intestino numerose specie patogene. Per altra parte si sa, che le cause predisponenti (influenze meteorologiche, regime vizioso, alcoolismo, ecc.) provocano lo stato complesso di congestione sanguigna, di stasi biliare e forse anche di steatosi che gli Inglesi designano sotto il nome di *torpore del fegato*, tutte lesioni che mettono l'organo nelle condizioni di recettività particolare dal punto di vista della fissazione e della coltura dei microorganismi del pus.

Da ciò è ben razionale ammettere che lo stafilococco dell'intestino possa colonizzare in un tessuto epatico così predisposto, ove esso trovi per insinuarsi nel tessuto un'ulcerazione o qualunque altra soluzione di continuità, di cui la mucosa può essere sede, senza che una dissenteria od una diarrea abbia luogo e s'imponga all'attenzione del medico. La nozione di specificità non è dunque indispensabile ad invocarsi, e l'epatite tropicale medesima può essere spiegata dal semplice intervento dei microorganismi piogeni. Quanto alle altre forme suppurative, esse sono manifestamente adatte alla medesima interpretazione. La genesi degli *ascessi metastatici* per opera dei microbii del pus (lo *streptococcus* e principalmente lo *staphylococcus aureus)* non è più da dimostrare (5). Si comprende benissimo che la nozione di specificità non sia di più necessaria per ispiegare la formazione degli *ascessi traumatici*. Infine, negli *ascessi della dissenteria*, gli argomenti invocati da Kartulis, e più recentemente da Vasse (6) sono insufficienti per far ammettere l'azione patogenetica speciale dell'*amaeba coli*. Laveran ne ha scoperta l'esistenza in individui

---

(1) Claisse, Ascesso areolare; *Bull. Soc. anat.*, 1891.

(2) Gillert e Girode, *Des angiocolites ascendantes suppuratives;* Soc. di Biol., 21 marzo 1891.

(3) Veillon e Jayle, Società di Biologia, 10 gennaio 1891.

(4) Bertrand, *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1891, pagg. 43, 54 e 65.

(5) Cornil et Babès, *Traité des bactéries*, edizione del 1886, pag. 329; edizione del 1890, t. I, pagg. 459, 461 e 486.

(6) Vasse, *Sur la présence d'amibes dans les abcès du foie d'origine dysentérique*. Società di Medicina di Berlino, 1° luglio 1891.

che non avevano mai avuto la dissenteria e, sino a più ampie informazioni, resta più conforme ai dati bacteriologici attuali l'ammettere che la loro produzione riconosca semplicemente per causa il trasporto dei *microbii piogeni* fino al fegato per mezzo dei rami della vena porta che le ulcerazioni intestinali rendono accessibili. Il modo di formazione di tutti gli ascessi del fegato si trova così ricondotto al medesimo meccanismo, con questa sola condizione differenziale che la via seguita dai microbii è *talvolta il sistema biliare*, e *tal'altra il sistema sanguigno.*

Qualunque sia l'avvenire di questa dottrina del *parassitismo non specifico* nella genesi degli ascessi del fegato, il fatto che pare accettato è, come già dissi più sopra, la loro *costante origine microbica.* Questa nozione fondamentale non ha solamente il privilegio di rendere precise le nostre cognizioni sull'eziologia particolare degli ascessi del fegato. Essa ci mostra difatti le analogie patologiche esistenti tra le vie biliari e le vie urinarie, e per ciò stesso essa viene a dare un nuovo appoggio alle nostre attuali concezioni sulle infezioni glandolari. È merito non piccolo di E. Dupré (1) l'aver pel primo tracciate le condizioni patologiche di questo parallelo, mostrandoci le similitudini che uniscono l'infezione biliare all'infezione urinaria, quale ci è nota dopo i lavori della scuola di Necker (2). « L'anatomia filosofica, egli dice, mostra nei due apparecchi i due numeri di una equazione i cui rispettivi termini sono sostituibili: al fegato colla regione periepatica, corrisponde il rene coll'atmosfera perirenale; ai calici, ai bacinetti ed agli ureteri corrispondono i canali epatico e cistico; alla vescica, la vescichetta, all'uretra posteriore, il canale coledoco; infine all'uretra anteriore dell'uomo, alla vagina della donna corrisponde il duodeno. Se si attribuisce a ciascuno dei termini che la compongono, un valore puramente patologico, questa specie d'equazione di visceri apparirà in tutta la sua verità medica. Difatti, dal punto di vista patologico, l'analogia è così perfetta tra i due apparecchi, che si direbbero tracciate una sull'altra le tavole delle grandi lesioni che le colpiscono, colle conseguenze tanto meccaniche quanto microbiche di queste lesioni, e che una stessa regola generale presiede ai loro destini patologici ». È con questi dati comparativi fondamentali che Dupré ha procurato di determinare la parte rispettiva delle differenti *vie* nel trasporto degli agenti patogeni in seno al tessuto epatico; ed ora, per lo meno, le conclusioni generali ch'egli propone sembrano imporsi come la più giusta espressione dei fatti attualmente conosciuti.

Cinque vie, egli dice, sono aperte all'infezione per giungere al fegato: la *via linfatica*, la *via venosa sopra-epatica*, la *via venosa porta*, la *via arteriosa* e la *via biliare.* La *via linfatica* è quella delle *peri-epatiti;* essa è secondaria e limitata nei suoi effetti. La via *venosa sopra-epatica* è quella di alcune infezioni la cui lesione anatomica si traduce in generale per un *ascesso areolare* con origine centro-lobulare. La *via venosa porta* è quella delle infezioni epatiche d'origine intestinale (ascessi consecutivi alle lesioni traumatiche, suppurative qualsiasi, stabilite nella zona del sistema porta, alle infiammazioni ulcerative qualsiasi del tubo

(1) E. Dupré, *Les infections biliaires.* Tesi di laurea di Parigi, 1891, e *Gaz. des hôp.*, 1891, n. 97, pag. 901.

(2) J. Albarran, *Étude sur le rein des urinaires.* Tesi di Parigi, 1889.

digerente ed alla dissenteria). La *via arteriosa* è quella delle grandi infezioni generalizzate (settico-piemie, ascessi metastatici dell'infezione purulenta). Infine la *via biliare* è quella delle *infezioni ascendenti d'origine intestinale,* di cui l'*angiocolite infettiva, ascendente, suppurativa* è il tipo abituale. A queste *infezioni ascendenti, d'origine intestinale* conviene contrapporre le *infezioni discendenti d'origine circolatoria* che si osserva in certi casi d'infezione generale acuta. E l'analogia così si trova completa tra l'*infezione del fegato* e l'*infezione del rene,* che essa pure si forma secondo due processi; il processo ascendente d'origine inferiore, orinario, ed il processo discendente d'origine periferico, circolatorio. Aggiungiamo che, nel fegato come nel rene, si vede sovente la pluralità delle migrazioni bacteriche associare i processi patogenetici e combinare le lesioni anatomiche.

Di queste infezioni epatiche per via biliare ci occuperemo a proposito delle complicazioni della litiasi biliare. Ma fra gli ascessi che noi studiamo, i soli che risultano direttamente da questa forma di patogenesi, sono gli *ascessi per traumatismi* e gli *ascessi per corpi estranei.* Nella genesi degli *ascessi traumatici,* Bertrand (1) ha dimostrato ch'era necessario ad un tempo tener conto dell'infezione epatica per i *microorganismi del pus* e del *disturbo nutritivo,* d'ordine traumatico, che prepara il parenchima alla coltura microbica. In quanto alla via di migrazione microbica, essa varia secondo i casi. Se si tratta di una ferita penetrante, i microbii s'introducono direttamente nel fegato col corpo vulnerante. In caso di semplice contusione, essi vengono dall'intestino per *la via della vena porta* o la *via biliare* e la loro migrazione non fa, senza dubbio, che rispondere all'appello del territorio epatico alterato, a meno che, non agendo il traumatismo sopra un fegato presentante anteriori lesioni della litiasi, l'infezione biliare secondaria non sia il preludio obbligato dell'infezione epatica. Riguardo agli ascessi traumatici *per corpi estranei,* questi (ascaridi, distomi, noccioli, semi di frutta, frammenti d'osso o d'ago, calcoli) sono, in ragione della loro origine intestinale, quasi sempre *batteriferi.* Vi è, come disse Duprè, qualche cosa d'analogo agli effetti del cateterismo settico nell'infezione orinaria. Nei due casi esiste introduzione d'un corpo estraneo *batterifero* capace di seminare attorno a sè i germi d'un'infezione di cui lo stato del terreno regola lo sviluppo. Gli ascessi epatici che vengono a complicare le infezioni biliari secondarie e che Duprè ha indicato sotto il nome di *ascessi piocolici,* sono consecutivi all'infiltrazione purulenta delle pareti canalicolari od all'ulcerazione della parete d'un canale biliare settico, e la loro analogia cogli ascessi della pionefrite ascendente è manifesta. In quanto ai microbii imputabili nei casi di questo genere, essi sono assai numerosi. Come dice Duprè, il polimicrobismo normale dell'intestino, focolaio d'origine dell'infezione, una volta che l'ascensione parassitaria è avviata, si riflette nelle vie biliari. L'infezione, che può essere *coccica* o *bacillare* (2) risulta dai microbii contenuti

(1) Bertrand, *Gaz. hebd.,* 1891, pag. 69.

(2) Ecco, secondo Duprè (*Gaz. des hôp.,* 1891, pag. 910), la lista dei microorganismi constatati nelle vie biliari: *bacterium coli commune* (Netter, Duprè, Gilbert e Girode, Charrin e Roger, Veillon e Jayle); *bacillo tifico* (Duprè, Gilbert e Girode); un *bacillo* (Duprè); un *bacillo incapsulato* (Duprè); un *diplobacillo* (Neumyn); dei *bacilli saprogeni liquefacenti* (Duprè); uno *streptococco* (Duprè, Malvoz, Claisse, Menetrier e Thiroloix); lo *stafilococco aureo* (Netter e

nel duodeno, e, come l'infezione urinaria, essa può essere, secondo i casi, monobatterica o polibatterica.

Tale è lo stato attuale delle nostre cognizioni sull'origine microbica costante degli ascessi del fegato e sul modo di migrazione dei loro microbii generatori che io riassumo in poche parole: introduzione diretta col corpo vulnerante nelle ferite penetranti; via biliare o via della vena porta in caso di semplice contusione; via biliare nelle epatiti per corpi estranei, via arteriosa nelle settico-piemie; via della vena porta per tutti gli ascessi consecutivi sia alle lesioni traumatiche suppurative situate nella zona della porta, sia alle infiammazioni ulcerative qualsiasi del tubo digerente, sia alla dissenteria, e sia anche alla malaria, sebbene per quest'ultimo caso facciano ancora difetto le precise constatazioni batteriologiche.

Riguardando le considerazioni che qui precedono, si può vedere ch'esse si adattano con una grande precisione alle cause classiche determinanti degli ascessi del fegato, e che, nella maggior parte dei casi, esse ci permettono di valutarne il modo d'azione con molta chiarezza. C'è per altro una particolarità della batteriologia delle suppurazioni epatiche, sulla quale si è recentemente richiamata l'attenzione e che qui viene a gettare una nota abbastanza dissonante. Voglio parlare della *sterilità frequente del pus degli ascessi del fegato d'origine dissenterica.* Questo fatto che ben s'accorda col cammino sovente lento ed insidioso delle raccolte epatiche d'origine dissenterica è stato indicato per la prima volta da Kartulis (1), e la sua realtà è stata confermata dagli esami batteriologici successivi di Laveran (2), di Netter (3), di Veillon e Peyrot (4), e d'Arnaud e D'Astros (5). A proposito della cura, noi vedremo quali conseguenze s'è creduto di poterne dedurre. Per ora m'accontento di segnalare il fatto e d'insistere sulla necessità di aggiungerlo al repertorio dei nostri documenti patogenetici. Non già ch'io vi trovi un argomento di cui sia possibile un giorno valersi per combattere la dottrina esclusiva del parassitismo nella patogenesi delle suppurazioni epatiche, ma non è meno vero che questo fatto dell'assoluta sterilità di certi ascessi epatici attende e richiede una interpretazione razionale e precisa, in difetto della quale il carattere esclusivo delle dottrine parassitarie potrebbe dar luogo a contestazione. Si è bensì tentato di girare la difficoltà, sia col dire che i microbii degli ascessi epatici, poco virulenti per loro natura, potevano esser morti al momento dell'apertura degli ascessi (Laveran), sia col supporre che gli ascessi,

---

Martha, Dupré, Girode, Fraenkel, Neumyn, Lamy), lo *stafilococco albo* (E. Dupré); un *diplococco* (E. Dupré). Fra questi diversi agenti dell'infezione biliare, E. Dupré crede sia necessario assegnare un posto particolare al « *bacterium coli commune*, il cui ufficio di principale importanza si spiega colla sede intestinale, l'estrema mobilità, la tolleranza biologica e la longevità di questo microbio. Questo bacillo sembra compiere nell'infezione delle vie biliari un lavoro analogo a quello che compie nell'infezione delle vie orinarie il *batterio piogeno* ».

(1) Kartulis, loc. citato.

(2) Laveran, Società medica degli Ospedali, seduta del 25 luglio 1890; *Mercredi médical*, 1890, pag. 364.

(3) Netter, Società medica degli Ospedali, seduta del 25 luglio 1890.

(4) Peyrot, *La stérilité du pus des abcès du foie et ses conséquences chirurgicales.* Società di Chirurgia, seduta del 7 gennaio 1891, e *Mercredi médical*, 1891, n. 2, pag. 13.

(5) Arnaud et D'Astros, Congresso di Marsiglia, 1891; *Mercredi méd.*, 1891, pag. 489.

sterili in apparenza, siano, in fatto, causati da un organismo specifico non coltivabile nei nostri mezzi artificiali; ma è troppo evidente che, fino a più ampie conoscenze, queste due spiegazioni rimangono puramente ipotetiche.

Anatomia patologica. — Nelle epatiti a grandi ascessi, il *numero* delle raccolte purulente in generale è ristretto. Sopra un totale di 248 autopsie tolte da Dutrouleau, da Rouis e dalle statistiche dell'ospedale di Saïgon, Rendu ha trovati 173 casi d'ascesso unico, 43 casi d'ascesso doppio, 7 casi d'ascesso triplo, e solamente 21 caso nei quali ne esistevano di più. Il carattere abitualmente solitario dei grandi ascessi dell'epatite dipende da ciò che si sviluppano per l'accrescimento d'una raccolta primitivamente unica, oppure al contrario è forse necessario ammettere con Frerisch (1) e Mac Lean (2) ch'essi si formano per la fusione di più focolai adiacenti? La teoria della fusione ha in suo favore questo fatto, che le pareti degli ascessi sono sovente formate da una serie d'anfrattuosità sferoidali giustapposte. Ma non è però men vero, come osserva Rendu, ch'egli è abbastanza difficile capire, secondo questo meccanismo, come l'ascesso rimanga sì frequentemente unico, senza che i tessuti circonvicini presentino la minima traccia di focolai disseminati. È quindi abbastanza difficile pronunziarsi.

Un'altra particolarità propria agli ascessi della epatite nasce da ciò che essi non *risiedono* indifferentemente in tutti i punti dell'organo. Risulta infatti dalle statistiche compilate da Rendu che, nei due terzi dei casi, gli ascessi occupano il lobo destro e di preferenza la faccia convessa, nel quarto degli ammalati è il lobo sinistro che è invaso; infine il lobo di Spiegel non è affetto che molto eccezionalmente. Aggiungiamo che, contrariamente a quel che avviene per gli infarti dell'infezione purulenta, il focolaio iniziale degli ascessi dell'epatite è generalmente centrale. Ne risulta che le apparenze macroscopiche del fegato, considerato nel suo assieme variano molto secondo il volume dell'ascesso. Finchè la collezione purulenta non raggiunge gli strati corticali, la *forma generale del viscere* non resta guari modificata. Ma, a misura che il pus si avvicina alla capsula di Glisson, l'organo subisce delle modificazioni molto spiccate. Talvolta uno dei lobi si trasforma in una massa sferica molto voluminosa, tal'altra l'ascesso sporge sopra una delle faccie alla foggia d'una mammella. Secondo Rouis, l'aumento di volume e le deformazioni del fegato sono apprezzabili quando l'ascesso contiene 200 grammi di pus. Come cosa eccezionale, notiamo infine che in certi casi d'ascessi antichi si può osservare una diminuzione di volume del fegato.

Gli ascessi del fegato offrono in generale le *dimensioni* d'un grosso arancio, ma ve ne sono dei più voluminosi, e vi si possono, in definitiva, osservare tutti gli stati intermediari che separano gli ascessi di medio volume da quelle raccolte enormi che contengono più di 8 litri di pus (caso di Lavigerie), e trasformano, in certo modo, la totalità dell'organo in una sola e vasta borsa purulenta. La *forma* generale degli ascessi varia colla loro età. In principio le pareti anfrattuose, costituite dalla sostanza epatica rammollita, presentano un aspetto tomentoso.

(1) Frerisch, *Traité pratique des maladies du foie.* Trad. di Dumenil. Parigi 1877.

(2) Cornil et Ranvier, *Manuel d'Histologie pathologique*, t. II, pag. 401.

Questo è, come dice Rendu, l'indizio d'una lesione in via d'evoluzione, e la trama fibro-vascolare, resistendo più a lungo che non le cellule epatiche alla fusione purulenta, è quella che forma il rivestimento tomentoso caratteristico degli ascessi al loro principio. Più tardi, le pareti si detergono e la superficie interna della borsa diventa più liscia. Essa è allora costituita da una trama vascolo-fibrosa che si trasforma ben presto in una specie di membrana piogenica molle e tomentosa. Certe volte questa membrana sembra rivestirsi d'un foglietto esterno più resistente che intimamente aderisce al tessuto glandolare e può diventare un vero guscio fibroso. Quando questo guscio esiste, esso non è un ostacolo all'estensione della suppurazione. Può darsi diffatti ch'esso si lasci rammollire per un'estensione più o meno grande, ed il lavorìo ulceroso, raggiungendo le regioni vicine, produce gli ascessi a bisaccia descritti da numerosi autori.

In generale, quando un ascesso epatico è circoscritto e senza rapporto cogli ascessi delle vicinanze, il pus che rinchiude non offre niente di speciale: è *pus laudabile* analogo a quello di tutti gli ascessi caldi. Sotto l'influenza di certe cause può peraltro presentare delle notevoli modificazioni. È in questo modo che esso diventa *giallo verdastro* quando l'ulcerazione dei canali biliari permette alla bile di versarsi nella sacca, e che prende l'aspetto d'una *poltiglia rossastra* quando si mesce coi detriti cellulari provenienti dal fegato. In altre circostanze, questa tinta rossastra è dovuta all'aggiunta d'una certa quantità di sangue. Secondo Rendu questo fatto s'osserva principalmente quando la cavità dell'ascesso comunica coi bronchi. Il pus prende allora un colore di *feccia di vino* molto speciale che diventa quasi patognomonico quando lo si ritrova negli sputi. Il solo fatto dell'antichità d'un ascesso epatico può così modificare d'assai i caratteri primitivi del pus. È diffatti negli ascessi di vecchia data che si vede, sotto la doppia influenza della degenerazione granulo-adiposa dei leucociti e del riassorbimento degli elementi acquosi, il pus trasformarsi in una vera *emulsione di goccioline adipose.* In quanto all'*odore del pus* esso non è modificato che nelle due seguenti condizioni: semplice contatto della sacca coll'intestino crasso, e comunicazione dell'ascesso sia coll'intestino, sia coi bronchi. In quest'ultimo caso si sa che la fermentazione putrida del contenuto dell'ascesso è la regola; la *fetidità del pus* diviene allora eccessiva e la *gangrena* ne può essere la conseguenza.

In caso d'ascesso voluminoso, si capisce che il tessuto epatico presenti esso stesso delle modificazioni profonde. Nel 1870 Foiret (1) ha dimostrato bene che all'autopsia degli individui morti per dissenteria si trovava sempre il fegato *grasso, pesante,* ingorgato di sangue colore *feccia del vino,* che poteva variare sino al *nero violetto,* ed in special modo eccessivamente friabile. Questa iperemia del fegato, che è senza dubbio il primo grado ed il *primo carattere apparente* dell'*epatite,* si trova a diversi gradi ed in una variabile estensione attorno ai punti colpiti dall'ascesso. Nel rimanente della sua superficie il fegato conserva sovente il colore normale e può anche mostrarsi più pallido dell'ordinario. Il *rammollimento rosso* che esiste nelle vicinanze dell'ascesso può essere sostituito da uno stato inverso del tessuto epatico, che appare allora come condensato e

---

(1) Foiret, Tesi di laurea. Parigi 1870.

compresso. Questa zona d'*epatite interstiziale* è tanto più sviluppata quanto più l'infiammazione ha seguìto un cammino subacuto. La costante presenza delle trombosi vascolari attorno agli ascessi del fegato è una conseguenza del medesimo processo patologico, e se la flebite adesiva che così invade i vasi vicini dell'ascesso si trasforma in *flebite suppurativa,* tutte le condizioni favorevoli alla diffusione della suppurazione si trovano realizzate. È così che si può spiegare la formazione di focolai suppurativi secondari.

Nel medesimo tempo che si producono queste lesioni vascolari, le *vie biliari* subiscono delle alterazioni che non sono senza analogia colle precedenti. I *canali biliari* interlobulari confinanti colla raccolta purulenta si *alterano* per ispessimento del loro rivestimento endoteliale. Si forma, secondo l'espressione di Rendu, una vera *trombosi biliare* che spiega come la bile raramente si confonda col pus degli ascessi del fegato. Tuttavia è necessario ritenere che questa obliterazione biliare non ha niente d'assoluto. Essa talvolta manca tanto che il pus degli ascessi epatici può, dicesi, raggiungere il duodeno mediante il canale coledoco. Senza invocare questa eventualità molto eccezionale, il possibile stato beante dei canali biliari in vicinanza delle raccolte purulente trova la sua dimostrazione sia nei fatti di collezioni purulente il cui contenuto è manifestamente mescolato a bile, come arriva 8 volte su 100 secondo Bérenger-Féraud (1), sia ancora nei casi in cui l'apertura degli ascessi è seguita da colerragia abbondante. La produzione di questa complicazione, rara ma molto significativa, è stata accennata da Stromeyer (2), Rousse (3), Long (4) e Cliquet (5), e particolarmente bene studiata da Bertrand (6). In quanto alle *alterazioni della bile* alle quali certi autori accordano un'influenza patogenetica preponderante, esse sono ancora mal conosciute. Noi sappiamo solamente che la bile presenta una varietà di consistenza e di colore: abbastanza spessa, viscosa e nerastra in certi casi, essa è, in altre circostanze, acquosa, verdastra o d'un rosso bruno.

Tutti i disordini anatomo-patologici che noi abbiamo descritti appartengono specialmente all'epatite dei paesi caldi, e, secondo le varietà di cause, si capisce che l'aspetto delle lesioni possa essere diverso. Così nei grandi ascessi traumatici la sede abituale non è più la medesima ed è specialmente sulla faccia convessa che si osservano le raccolte a pareti anfrattuose, che succedono ai traumatismi del fegato ed il cui contenuto, sovente fetido, è quasi sempre costituito da un miscuglio di pus, di bile e di sangue con residui del parenchima. Altre forme hanno anche i loro caratteri speciali che basta indicare. Tali sono, per esempio, gli ascessi sviluppati attorno ad un calcolo, oppure ancora gli ascessi areolari così ben descritti da Chauffard (7) otto anni fa e recentemente studiati da

(1) Bérenger-Féraud, *Traité de la dysenthérie.*

(2) Stromeyer et Ayme, *Traitement des abcès du foie* (*Arch. de Méd. navale*, dicembre 1880).

(3) Rousse, *Des ouvertures des abcès du foie.* Tesi di laurea. Montpellier 1883.

(4) Long, *Des diverses méthodes de traitement des abcès du foie.* Tesi di laurea. Montpellier 1884.

(5) Cliquet, *Arch. de Méd. et de Pharm. milit.*, t. VII, pag. 299.

(6) Bertrand, *De la cholerrhagie qui suit l'incision des abcès du foie* (*Revue de Médecine*, 10 marzo 1890).

(7) Chauffard, *Étude sur les abcès aréolaires du foie* (*Arch. de Physiol.*, 1883, serie 3ª, t. I, p. 263).

Achalme (1), Claisse (2) e Aubert (3). Questi ascessi areolari sono notevoli per l'aspetto della loro parete che è scavata da piccole areole disuguali, per la maggior parte isolate o comunicanti fra loro in modo da stabilire una specie di sistema cavernoso. Si sa infine che la loro causa ed il loro punto di partenza anatomico non sono ancora chiaramente elucidati e se Aubert pensa che la flebite suppurata delle piccole vene intralobulari (ramificazione terminale delle vene sopraepatiche) costituisce la lesione patogenetica fondamentale, Chauffard stima al contrario che l'angiocolite sia il punto di partenza dell'areola purulenta. In qualunque modo sia la cosa, il solo fatto da ritenere per ora è, che la causa di questi ascessi areolari non è certamente unica. Talvolta la litiasi biliare e le lesioni della vescicola sono il vero punto di partenza delle lesioni. Ma in altri casi bisogna ammettere che gli agenti dell'infezione raggiungano il fegato mediante le vene sopraepatiche (stafilococco, streptococco, microbii a catena, ecc.) (4).

Per determinare questo studio macroscopico delle suppurazioni epatiche, è necessario parlare delle modificazioni anatomo-patologiche a cui può condurre la evoluzione variabile dell'ascesso. Come lesione rara, si deve indicare la *mortificazione* del parenchima in prossimità dell'ascesso. Questo fenomeno che si produce specialmente quando l'ascesso comunica coll'aria esterna, si può osservare, nella assenza di ogni comunicazione di tale natura, in certi casi d'epatite a decorso acutissimo, coincidente con lesioni gangrenose dell'intestino.

Di fronte a questi veri *flemmoni settici* d'origine intestinale figurano i casi, per altro molto contestabili, d'ascessi che passano al riassorbimento spontaneo e lasciano dietro di sè dei *noduli cicatriziali.* Questi *noduli cicatriziali* osservati da numerosi autori sono realmente delle cicatrici d'ascesso? Non v'è niente di positivo. È più ragionevole pensare con Hardy e Béhier che questi noduli siano talvolta le vestigia d'un ascesso spontaneamente evacuato nelle vie biliari, tale altra il residuo di una epatite interstiziale non suppurativa; ed il solo fatto che parrebbe accertato, sarebbe che talvolta il pus di certi ascessi circoscritti si trasforma in una massa analoga a *mastice,* mentre la loro parete diventa *fibrosa* e *coriacea.* Si comprende che una simile lesione possa persistere lungo tempo senza grande pregiudizio per l'ammalato. Ma, ripeto, questi fatti di trasformazioni fibrose sono, come le suppurazioni gangrenose, tutt'affatto eccezionali.

La regola, nelle suppurazioni epatiche, è quella stessa che governa il decorso di tutte le raccolte purulente. Il *pus tende a farsi strada verso l'esterno,* e la sua migrazione come il suo punto d'arrivo, variano colle condizioni topografiche della regione interessata. La semplice conoscenza delle connessioni anatomiche del fegato permette adunque di prevedere il percorso dei suoi ascessi. Il pus, in grazia della fusione progressiva del tessuto, raggiunge a poco a poco la periferia dell'organo. Là il condensamento infiammatorio della capsula di Glisson lo ferma un istante, ma bentosto questa barriera temporanea, distrutta dal processo

(1) Achalme, *Abcès aréolaires du foie* (*Bull. de la Soc. Anat.,* dicembre 1890, pag. 527).
(2) Claisse, *Bull. de la Soc. Anat.*, 1891.
(3) Aubert, *Étude sur les abcès aréolaires du foie.* Tesi di laurea. Parigi 1891, pag. 285.
(4) Vedasi su tale questione una recente rivista degli *Annales de Médecine*, n. 41, 1891, pag. 323.

ulcerativo della suppurazione, si lascia vincere; il pus continua il suo cammino, le difese connettive o neo-membranose, che si innalzano sul suo passaggio, non servono che a preparare l'incurabilità dei tragitti fistolosi consecutivi e fatalmente la raccolta si versa infine sia all'esterno sia in una delle cavità sierose o mucose delle vicinanze. Questo vuol dire che gli ascessi del fegato, fuori dei casi eccezionali *d'evacuazione per le vie biliari,* possono aprirsi sia *all'esterno,* se essi raggiungono le regioni epatiche in rapporto colla parete addominale, sia nel *peritoneo*, nello *stomaco*, nell'*intestino* o nel *rene*, se essi si portano verso la faccia inferiore del fegato, e sia nella *pleura*, nei *bronchi* o nel *pericardio,* se la loro migrazione è ascendente.

Queste previsioni dell'anatomia sono confermate dalla clinica, ed ecco, secondo i dati statistici di Waring, Dutrouleau, Rouis, Haspel e Chambay, riuniti in un solo quadro da Rendu, la frequenza relativa di questi diversi esiti. In questo epilogo costituito da 563 casi, si constata che in più della metà dei casi (55 su 100) gli ascessi non si aprono all'esterno. Si vede infine che in 164 casi l'apertura si è fatta 59 volte nel polmone, 39 volte nel peritoneo, 31 volta nella pleura, 11 volte nel colon, 8 volte nello stomaco e nel duodeno, 6 volte alla regione lombo-iliaca, 4 volte nelle vie biliari, 3 volte nella vena cava, 2 volte nel rene ed una volta nel pericardio.

Dal punto di vista della *istologia patologica* delle suppurazioni epatiche, io ricorderò solamente le principali conclusioni alle quali Rendu è stato condotto. Sebbene sia difficile, coi dati attuali, sapere esattamente se l'epatite suppurativa sia alla sua origine *interstiziale* o *parenchimatosa*, sembra razionale lo ammettere che nei nostri climi, per lo meno, le alterazioni infiammatorie incomincino dal tessuto cellulare interlobulare, e che le lesioni vascolari prendano una parte attiva a questo lavorìo flogistico. Basandosi sulle relazioni incontestabili che uniscono gli ascessi del fegato alle ulcerazioni del tubo digerente, e sopra un certo numero d'osservazioni anatomo-patologiche precise, si può anche dire che questa partecipazione delle lesioni vascolari è predominante, e che insomma la *pileflebite* è la grande causa delle suppurazioni epatiche consecutive alle ulcerazioni intestinali. Noi abbiamo visto, a proposito della patogenesi, come le ricerche batteriologiche abbiano confermato questo modo di vedere e provato che la *via venosa* era proprio la porta d'entrata delle infezioni epatiche consecutive alle ulcerazioni intestinali.

Sintomi - Decorso. — Gli ascessi del fegato consecutivi *all'epatite traumatica* hanno in generale un andamento clinico significativo. Pochi giorni dopo il trauma, si constata l'esistenza d'un *dolore localizzato* nella regione e d'un *aumento di volume* dell'organo. Questi due sintomi s'accompagnano bentosto con una *tinta subitterica* oppure anche con una *intensa itterizia;* la secrezione *biliare* o si esagera o diminuisce, la tinta delle *orine* si fa più carica, la *lingua si essica,* l'*inappetenza* diventa completa, la *febbre* è viva, possono sopravvenire dei *fenomeni tifoidei*, ed è fra questo corteggio sintomatico inquietante che gli ammalati muoiono. Per contro, le altre varietà d'epatiti suppurative ed in ispecie quella dei paesi caldi si riconoscono da sintomi così dissimili ch'esse talvolta sviano i

clinici più sperimentati. Così i segni della suppurazione possono venire mascherati per la predominanza sintomatica della *dissenteria* concomitante. In altre circostanze l'ascesso prende gli andamenti *d'una febbre intermittente quotidiana*, e se gli ammalati sono malarici, la tumefazione splenica viene ancora ad aggiungere una nota alla confusione. Può anche darsi che il quadro clinico sia improntato su quello *della febbre tifoidea grave* con temperatura elevata, meteorismo addominale, macchie di roseola, diarrea, megalosplenite e delirio. Infine si osservano dei casi nei quali i fenomeni dell'inizio sono a tal punto *insidiosi* che la repentina comparsa del pus nei vomiti, nelle feci o nelle orine può essere, tanto quanto lo scoppio improvviso di una pleurite o di una pericardite purulenta, il primo sintoma rivelatore di una epatite fino allora sconosciuta. Il *carattere insidioso* dei principii dell'epatite suppurata può, si vede, ritrovarsi nel *decorso* dei fenomeni, e, ciò che è bene sapere, è che questa sintomatologia ingannatrice non è già speciale alle forme *subacute* o *croniche* della malattia; essa s'osserva anche *nei casi a rapido decorso.*

Fatta riserva per i casi d'epatite a forma *insidiosa* o *latente,* si può dire che in varie circostanze (nel terzo dei casi circa, secondo gli autori) l'epatite suppurativa si rivela con sintomi generali e locali abbastanza costanti. I primi sono in generale caratterizzati dai segni d'un *imbarazzo gastro-intestinale* bilioso *con vomiti* e *diarrea* ed i secondi dagli indizi locali *d'una congestione epatica* più o meno viva (dolore ed aumento di volume del fegato). Questo quadro sintomatico che si sviluppa quasi sempre in seguito ad una fatica esagerata, ad un disordine di regime, o ad un eccesso nel bere, offre una variabile intensità. Nei paesi caldi è quasi sempre molto accusato e corrispondente a quello stato che i medici di marina designano sotto il nome di *puntura epatica.* Nei nostri climi, al contrario, il principio febbrile con reazione generale intensa non si trova quasi mai, e, abitualmente, tutto si riduce ai segni d'un *imbarazzo gastrico leggiero.* Comunque sia, di queste modalità nell'inizio, presenti in somma esso tutte le varietà intermediarie tra le forme gravi della puntura epatica e le forme più attenuate od anche assolutamente latenti della malattia, quando l'epatite giunge alla suppurazione, si vede sopravvenire un complesso di sintomi generali e locali, senza dubbio variabili, ma con tutto ciò molto concludenti.

Conviene osservare con Rendu che due eventualità qui sono possibili. Talvolta, restando quasi nulli i segni locali, quelli generali sono molto spiccati; talvolta, al contrario, con una febbre moderata i disturbi funzionali acquistano una considerevole intensità. Negli ammalati della prima categoria si osservano i diversi tipi della *febbre biliare* tanto bene studiati dal Monneret e Charcot. Questa febbre si sa che presenta quattro tipi principali: il tipo nervoso, il tipo effimero, il tipo intermittente ed il tipo remittente. Sono queste due ultime forme, e particolarmente la forma remittente, che si osservano sopra tutto negli ascessi del fegato. Il tipo remittente non offre niente di particolare e si approssima, nel suo corso, a tutte le febbri da suppurazione. Il tipo intermittente *(febbre intermittente epatica)* è, al contrario, speciale e notevole per le *sue analogie colla febbre orinosa* (1). Ecco

(1) Dupré, loc. cit.; *Gaz. des hôp.*, n. 97, pag. 907.

difatti quali sono i caratteri principali di questa febbre intermittente epatica. Essa riveste d'ordinario il *tipo quotidiano,* talvolta il tipo terzano, molto raramente il tipo di periodicità corrispondente alla febbre settimanale od ottonaria degli antichi autori. Essa è più sovente *vespertina* nel suo apparire; generalmente elevata nel grado termico (40 a 41 grado) e violenta nel suo accesso il quale riveste la forma classica dell'*accesso palustre* più schietto; *cronica* nel decorso con *remissioni prolungate* e *repentini risvegli; grave* nella prognosi e ribelle alla terapia medica (E. Dupré). Tali sono, talvolta, i sintomi rivelatori degli ascessi, ma anche quando le cose vanno così, i disturbi funzionali proprii della suppurazione non tardano a comparire e la diagnosi diviene chiara tanto quanto in quegli ammalati i cui sintomi funzionali precedono e dominano i fenomeni di reazione generale.

L'insieme dei sintomi che caratterizzano gli ascessi del fegato *al loro periodo di pieno sviluppo* può essere diviso in *sintomi funzionali,* in *sintomi fisici locali* ed in *sintomi generali.* I primi comprendono: il *dolore* epatico colle sue *irradiazioni,* la *dispnea,* la *tosse,* i *disturbi gastro-intestinali* e le *alterazioni della orina.* I secondi sono costituiti dall'*aumento di volume* del fegato e dai *fenomeni d'ascoltazione* percettibili in corrispondenza di esso. Gli ultimi infine corrispondono ai *fenomeni febbrili.*

Il *dolore* è uno dei sintomi più importanti: si riscontra nei quattro quinti dei casi. Circoscritto o diffuso, sordo o lancinante, esso s'esagera sempre colla pressione. Per molti autori, la *sua localizzazione è in rapporto colla sede* degli ascessi, e quand'esso è particolarmente vivo, si è d'accordo nel pensare che è indizio dell'essere interessati la capsula di Glisson ed il peritoneo adiacente (periepatite). L'estensione del processo alla pleura si accusa anch'essa per una trafittura al fianco, d'un'estrema violenza. Questo dolore epatico si complica talvolta con *irradiazioni* verso altre regioni quali sono la *spalla,* la *clavicola,* la *regione interscapolare,* i *lombi,* il *sacro* o la *cresta iliaca.* Il dolore alla spalla è quello più sovente notato dagli osservatori. Dutrouleau gli assegna lo stesso significato che al dolore del ginocchio nella coxalgia, e, per Annesley, esso è patognomonico degli ascessi della faccia convessa. In quanto alla sua interpretazione patogenetica, essa resta dubbiosa, ma il sintoma non perde punto del suo valore.

La *dispnea* e la *tosse* sono notate in numerose osservazioni. La *dispnea,* poco spiccata negli ascessi centrali più voluminosi, assume al contrario un'acuità significativa negli ascessi della faccia convessa complicati con periepatite sottodiaframmatica. Tanto più che nei casi di questo genere la coesistenza d'un certo grado di pleurite è frequente. La *tosse*, di cui Budd ha con ragione fatto un sintoma di grande valore, è talvolta la conseguenza d'una complicazione toracica come la congestione polmonare o la pleurite; ma può anche darsi ch'essa sia d'origine riflessa e che provenga unicamente dall'irritazione causata dalla lesione epatica.

I *disturbi gastro-intestinali,* che abitualmente sono predominanti al principio dell'epatite, diminuiscono in generale colla formazione del pus. Tuttavia l'*inappetenza* persiste con istato saburrale o *secchezza della lingua.* La *diarrea* biliosa e non sanguinolenta è quasi sempre passeggiera quando non vi è dissenteria concomitante. I *vomiti* che, per solito, rivelano non la raccolta purulenta, ma la

peritonite coesistente, possono essere considerati come rari anche quando vi esiste periepatite. Notiamo con Mac Lean e Budd, che, in certi casi, i vomiti dell'epatite sono dovuti alla compressione dello stomaco o del duodeno dalla raccolta purulenta. In quanto all'*itterizia*, è un fenomeno eccezionale che si osserva specialmente nelle epatiti suppurate a forma rapidissima. Le statistiche dimostrano difatti che l'itterizia si riscontra appena una volta su quattro. Aggiungiamo ch'essa è in generale poco spiccata e che si appalesa il più sovente con una tinta subitterica delle sclerotiche senza notevole colorazione della pelle.

Le *modificazioni delle orine* hanno una certa importanza. Esse prendono sovente il *carattere emafeico* ed il tasso dell'urea subisce delle variazioni significative. Risulta difatti dalle ricerche di Parkes (1) e di Murchison, confermate da Hirtz (2) e da Brouardel, che la suppurazione del fegato s'accompagna con una *diminuzione dell'urea* e che questo abbassamento della cifra dell'urea è in rapporto colla estensione della distruzione del parenchima epatico.

I *sintomi fisici* dipendenti dall'*aumento di volume* o dalla *deformazione del fegato*, sono, in generale, ben poco apprezzabili in principio dell'affezione e, come disse Bérenger-Féraud (3), « il fegato mette alla disperazione col suo silenzio ». Il *dolore localizzato* e talvolta la *contrazione* delle pareti addominali limitata al ventre superiore del muscolo retto corrispondente alla regione, sono, coll'*attitudine speciale* degli ammalati (decubito laterale destro con inclinazione del torso in avanti e flessione delle coscie), i soli fenomeni rivelatori della sede della lesione. Più tardi, la situazione si modifica. L'aumento di volume del fegato si manifesta subito pei suoi caratteri ordinari alla *palpazione* ed alla *percussione*, e, per poco che la raccolta purulenta acquisti un certo sviluppo, la sola ispezione permette di constatare sia un *ampliamento generale della regione* con *allargamento degli spazi intercostali,* sia una *convessità* più circoscritta corrispondente alla sporgenza della raccolta purulenta. La *flutluazione,* generalmente preceduta dall'*edema della parete,* può comparire alla sua volta e completare il quadro clinico.

È in questi casi d'aumento considerevole di volume che il fegato, sollevato dall'aorta, può presentare dei battiti analoghi a quelli d'un tumore aneurismatico (4). Si comprende ancora che, nelle stesse circostanze, si potrà osservare una *dilatazione* più o meno considerevole delle *vene epigastriche.*

Secondo E. Bertrand, conviene concedere molto valore ad un altro sintoma fisico, vale a dire allo *sfregamento periepatico.* All'estero, Sachs del Cairo (5), Ayme, Stromeyer-Little e Patrick Manson (d'Amay) (6), hanno pei primi insistito su questo sintoma; ma, in Francia, tutti gli autori che hanno scritto sullo

(1) Parkes, *The Lancet*, 1, 1871.

(2) Hirtz, *Bull. de la Soc. Anat.*, 1875, pag. 133.

(3) Bérenger-Féraud, *Maladies des Européens au Sénégal*, t. II, pag. 51.

(4) Mac Dawel, *Dublin hosp. Gaz.*, agosto 1855.

(5) Sachs (del Cairo), *Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie*. Anal. negli *Arch. de Méd. nav.*, 1878.

(6) Patrick Manson, *On the operative treatment of hepatitis and hepatic abcess* (*Medical Reports for the half-year ended*, 30 settembre 1883).

sfregamento peritoneale, non vi attribuiscono che una importanza secondaria. Lo sfregamento peri-epatico ha esso propriamente l'alto significato che vi annette E. Bertrand? Il fatto non pare assolutamente certo; ma, come dice questo distinto osservatore, gli ascessi del fegato sono talvolta d'una diagnosi così delicata, che un segno clinico di più non è certamente a disdegnarsi. È, dice egli, un *fruscìo di cuoio nuovo* che si sente alla palpazione e specialmente all'ascoltazione dell'ipocondrio. Il massimo di questo rumore risiede più sovente a livello del 7° od 8° spazio intercostale sulla linea ascellare anteriore, e questa sede sembra indicarne l'origine peritoneale. Lo si può anche constatare all'indietro, ed in questo caso Bertrand riconosce egli stesso che il rumore può essere parzialmente pleurale, facendo tuttavia osservare che trattasi quivi d'una partecipazione pleurale consecutiva. Cosicchè l'infiammazione circoscritta ed adesiva del peritoneo rimane, per lui, la ragione prima dello sfregamento in tutti i casi, e « siccome la periepatite è una lesione secondaria, è evidente, che l'apparire del suo fenomeno rivelatore permetterà di confermare l'ascesso, se l'anamnesi ed i sintomi si riferiscono all'epatite » (1).

I *disturbi generali* sono prima di tutto caratterizzati dai *fenomeni febbrili a forma intermittente* o *remittente* di cui ho dato più sopra i principali caratteri, e che si complicano talvolta con sintomi tifoidei gravissimi. Quale altra particolarità della febbre delle epatiti, ricorderò l'abbassamento di temperatura che indica sovente la confluenza del pus a focolaio e che nel fegato, come altrove, concorda colla mitigazione dei sintomi dolorosi. È pure in questa epoca che si è notato, come nelle altre suppurazioni viscerali, un aumento notevole nella proporzione dei globuli bianchi (2).

Dal punto di vista del *corso della malattia*, si può ammettere con Rendu, che i sintomi precedentemente studiati si aggruppano secondo tre *modalità* costituenti tre forme principali: la *forma acuta*, la *forma subacuta* e la *forma cronica*. Nella *forma acuta* l'evoluzione dei sintomi segue un cammino regolarmente progressivo. La scena si apre con fenomeni generali intensi nel medesimo tempo che appare un dolore vivo a livello del fegato, dispnea e talvolta itterizia. Poi il fegato aumenta di volume e ben presto una specie di mitigazione dei fenomeni generali viene ad annunciare che l'ascesso è costituito. Nella *forma subacuta* esiste il medesimo quadro clinico, ma singolarmente attenuato. Dei sintomi gastro-intestinali dapprincipio tengono la diagnosi sospesa durante un tempo più o meno lungo: a poco a poco gli indizi locali si disegnano, e la suppurazione non si produce che in capo a qualche settimana. Infine la *forma cronica*, osservata specialmente nei vecchi dissenterici, è caratterizzata dalla lentezza della sua evoluzione. È in questo caso che sintomi indeterminati, quali la stanchezza generale, l'anoressia, l'insonnia, la facile oppressione, occupano soli la scena fino al giorno, sovente lontano, in cui l'ascesso del fegato, da lungo tempo raccolto, indica la sua presenza coi sintomi più gravi.

---

(1) E. Bertrand, *Frottement périhépatique et abcès du foie* (*Gazette hebd. de Méd. et de Chir.*, 1860, pag. 470).

(2) Langlet, *Bull. de la Soc. Anat.*, 1871, pag. 370.

Oltre a questi tre tipi clàssici, Medjia (del Messico) (1) ammette due forme speciali: l'*epatite parenchimatosa* e l'*epatite interstiziale*. La prima, più frequente dell'altra, non merita veramente una denominazione speciale, poichè essa non differisce dalla forma acuta classica che per il colore cioccolatte del pus. L'*epatite interstiziale acuta* è al contrario più speciale nel senso ch'essa si accompagna con una crescente itterizia, con uno sviluppo particolare della circolazione collaterale e sovente con un certo grado d'ascite con tumefazione splenica. In questa forma il pus è bianco o verde giallastro, ma è rinchiuso entro cavità la cui molteplicità ordinaria (fino a 200) rende vano ogni intervento chirurgico.

Ciò detto sulle *forme variabili dell'epatite* e, senza insistere sui casi d'*epatiti con esito in risoluzione*, di cui questo studio chirurgico non ha da tener conto, ricerchiamo ciò che diventano gli ascessi del fegato appena si è chiaramente formata la raccolta purulenta.

Un primo punto deve essere chiarito. Possono gli ascessi del fegato, come si è detto, *guarire spontaneamente?* Certe osservazioni, nelle quali s'è vista sopraggiungere la guarigione dopo constatata una fluttuazione patognomonica, sembrano indicarlo. Tuttavia, siccome è sempre possibile interpretare questi fatti, d'altronde molto rari, coll'evacuazione spontanea del pus attraverso le vie biliari, la questione resta dubbia e la regola è in definitiva questa: che nell'immensa maggioranza dei casi (se la morte non sopraggiunge allorchè l'ascesso non ha ancora varcati i limiti del fegato, ciò che ha luogo nella proporzione di 56 $^0/_0$ secondo Rouis) il pus tende a farsi strada, sia *al di fuori*, sia nei differenti *organi vicini*.

L'*apertura degli ascessi del fegato* in corrispondenza della *parete addominale* o degli ultimi spazi intercostali è meno frequente che l'evacuazione nelle *cavità sierose* o negli *organi vicini*. Questo decorso dell'ascesso si accusa colla formazione d'una placca flemmonosa che arrossa e si apre nelle condizioni classiche. L'apertura si fa generalmente a livello della regione epigastrica. Il passaggio del pus attraverso gli ultimi spazi intercostali è più raro. Più raramente ancora il pus si insinua tra i piani muscolari della parete addominale, e raggiunge delle regioni più o meno lontane quali l'ombelico, l'anca, la piegatura dell'inguine, la regione lombare, l'ascella od anche la parte interna della coscia (2). Le altre vie d'apertura (apertura nelle *cavità sierose* o negli *organi vicini)* son più frequenti; esse s'osservano in più della metà dei casi, e, come dice Rendu, si dividono in due gruppi, secondo che il pus si porta *in basso*, verso la cavità addominale, od *in alto*, verso la cavità toracica.

Ascessi che si portano in basso. — Essi corrispondono ai casi d'apertura di ascessi del fegato nel peritoneo, nel tubo digerente, nell'apparato orinario e nella vena cava.

La sfuggita del pus nella *cavità peritoneale* si fa quando non esiste nessuna aderenza viscerale in corrispondenza del punto in cui la capsula di Glisson gli apre passaggio. Questa rottura può essere istantanea, specialmente quando la borsa

---

(1) Medjia (del Messico), *Les hépatites des pays chauds.* Comunicazione al Congresso di Berlino. *Mercredi méd.*, settembre 1890, pag. 478.

(2) Peyrot, *Manuel de pathol. externe*, 1a edizione, t. III, pag. 482. Parigi 1887.

si lacera sotto l'influenza d'uno sforzo o d'una repentina contrazione delle pareti addominali (Rendu). La peritonite in tal modo provocata, non ha sempre la medesima gravità. Talvolta *essa si generalizza* ed uccide l'ammalato in alcune ore; talvolta può *restar latente* e passare inosservata fino all'autopsia (caso di Foiret), talvolta infine, grazie agli ostacoli che la peritonite adesiva oppone alla progressione del pus, quest'ultimo può *incistidarsi* nella retro-cavità degli epiploon, od in tutt'altra regione della cavità addominale sotto forma di raccolte purulente, che possono alla loro volta aprirsi in un viscere, senza che la prognosi sia d'altronde molto modificata, poichè ben sovente queste sacche purulente incistidate e fistolose provocano dei fenomeni di setticemia lenta che non perdonano guari, a meno di un intervento. Queste reazioni variabili del peritoneo al contatto del pus epatico, altre volte ben difficili a spiegare, trovano nelle nostre cognizioni batteriologiche attuali sulla virulenza variabile degli ascessi del fegato un'interpretazione molto più soddisfacente.

L'evacuazione dentro il *tubo digerente* (colon trasverso, intestino tenue o stomaco) è sfortunatamente più rara che l'evacuazione dentro il *peritoneo*. Sebbene essa sia sovente accompagnata da una *esacerbazione repentinamente seguìta da calma*, la constazione del pus nei vomiti e sopra tutto nelle feci ne è frequentemente il solo indizio patognomonico. In caso d'apertura intestinale, il pus è tanto meno mescolato colle feci e per conseguenza tanto più riconoscibile, quanto meno alto è il punto del tubo digerente dove si fa lo scarico. La *vomica* è il risultato caratteristico delle *aperture nello stomaco*, ma essa non è costante; il pus si elimina talvolta colle feci e le modificazioni che esso subisce nel corso del suo percorso intestinale sono tali che nelle feci diviene irriconoscibile.

Le comunicazioni eccezionali di ascessi del fegato sia col *rene* e col *bacinetto* dal lato destro, sia colla *vena cava*, sono finora rimaste dei puri reperti necroscopici. Assieme alle perforazioni, propriamente dette, della vena cava, il più sovente seguite da morte immediata, è d'uopo notare la possibilità della *flebite* per propagazione. Si è notato il predominio degli accidenti asfittici in queste ultime condizioni (1).

Ascessi che si portano verso la cavità toracica. — Essi corrispondono ai casi di comunicazioni *bronco-polmonari, pleurali* e *pericardiche*.

La migrazione degli ascessi epatici verso il *polmone* ed i *bronchi* (2), più frequente che tutte le altre, è in generale preceduta da sintomi d'una *pleurite diaframmatica*, e ben tosto la *vomica purulenta*, che si produce nel corso di un accesso di tosse, viene a dar una prova della comunicazione. Talvolta l'*evacuazione è progressiva*. I colpi di tosse si succedono, apportando ciascuna volta degli sputi formati da un miscuglio di pus e di sangue. Altre volte la *comunicazione si fa largamente* con un grosso bronchio ed allora è un *fiotto di pus* che fa irruzione. Nei due casi, la bile può mescolarsi al pus dando all'ammalato un senso d'amarezza dei più penosi con fetore speciale dell'alito (Rendu). La prognosi allora è molto grave, perchè il passaggio della bile può occasionare dei fatti di gangrena

(1) Colin, *Union médicale*, 1853, pag. 217.

(2) Brossier, *Des abcès du foie expectorés*. Tesi di laurea. Parigi 1888.

polmonare. Gli esempi di fistole biliari epato-bronchiali di lunga durata, di cui parleremo a proposito delle cisti idatiche, sono eccezionali negli ascessi del fegato propriamente detti (1). Quando la comunicazione resta esclusivamente bronchiale, senza partecipazione troppo estesa del tessuto polmonare al processo suppurativo, la prognosi è sovente molto favorevole; la vomica è seguita da una mitigazione di tutti i sintomi, e la guarigione giunge abbastanza rapidamente.

Come lo svuotamento nel peritoneo, e senza dubbio per le medesime ragioni batteriologiche, quello *intra-pleurico* può assumere *tre modalità* principali: talvolta si tratta d'una repentina irruzione del pus che provoca una *pleurite acutissima* mortale in poche ore (2); talvolta la *pleurite rimane insidiosa*, malgrado la sua generalizzazione; talvolta, infine, si forma un *ascesso pleurico saccato*. Quest'ultimo non è d'altronde che uno stadio nella migrazione purulenta. Il pus si fa ulteriormente strada nei bronchi ed il diverticolo pleurico, se non interviene il chirurgo, diventa in generale il punto di partenza dei più gravi fenomeni settici.

Quanto all'invasione dentro il *pericardio*, questa è una complicazione molto rara. Nei pochi fatti finora pubblicati, si notano come sintomi principali, la dispnea, il vivo dolore epigastrico, la piccolezza e l'intermittenza del polso. La morte in generale sopravviene assai presto per sincope (3).

Data la varietà delle complicazioni e degli esiti degli ascessi del fegato, si comprende essere impossibile assegnar loro una *durata media*. Si sa, in verità, che quindici giorni all'incirca sono sufficienti per giudicare le forme acute, mentre è d'uopo far i conti a settimane nelle forme subacute (4). Ma ciò è tutto quanto si può dire. La durata della malattia, riguardata nel suo complesso, dipende, in ultima analisi, dal decorso seguìto dal pus e, per esempio, tutti gli stati intermediari sono possibili fra i casi nei quali la morte sopravviene repentinamente per peritonite o pleurite generalizzate e quelli nei quali la formazione dei tragitti fistolosi più o meno anfrattuosi uccide gli ammalati a poco a poco, riducendoli allo sfinimento mediante la diarrea cronica e lo stato etico.

Prognosi. — La *prognosi dell'epatite* è evidentemente grave, ma questa gravità ha nullameno i suoi gradi, e di più è certo che i progressi attuali della chirurgia epatica l'hanno attenuata nel modo più notevole. D'altronde si comprende che la prognosi sia molto differente secondo la forma e secondo il modo d'evacuazione degli ascessi. Le forme franche curate coll'incisione precoce abitualmente guariscono. Le forme lente sono invece più serie, e tanto più gravi inquantochè si complicano coi fenomeni della malaria o della dissenteria. A questo riguardo la dissenteria è particolarmente temibile; essa uccide 8 ammalati su 10 (Rouis).

---

(1) Nemrord, *Contribution à l'étude des fistules biliaires*. Tesi di laurea, Parigi 1891, pag. 233.

(2) Thomson, *Abcess of the liver bursting into the right pleural cavity* (*Brit. med. Journal*, febbraio 1867).

(3) Wickham, *Path. Soc. of London*, novembre 1873, pag. 587. — Van Arcken, *Dublin hosp. Gaz.*, n. 23, 1857. — Wright, *Med. Journal*, gennaio 1857.

(4) Rouis dà per media dei casi di guarigione una durata di 140 giorni e quella di 110 giorni per i casi terminati colla morte.

Secondo certi autori, quali Demmler (1) e Gremillon (2), gli ascessi causati dalla malaria sono meno pericolosi che gli ascessi d'origine dissenterica. L'evoluzione dell'ascesso è, a sua volta, un fattore capitale. Le statistiche dimostrano difatti « che ogni ascesso intra-epatico, il quale non si fa strada al di fuori, è necessariamente mortale ». Esso uccide per infezione purulenta o putrida, a meno che non subisca l'incistidamento, ciò che è, sappiamo, eccezionale. In quanto al modo d'evacuazione degli ascessi, è non meno importante, e, se la gravità dello svuotamento nel peritoneo per esempio è fuor di dubbio, si sa, per contro, che quando esso viene a farsi attraverso le pareti addominali, dentro il tubo digerente e specialmente nei bronchi, può essere, in diverse circostanze il segnale della guarigione. Notiamo infine, che fra le cause di gravità degli ascessi epatici, la loro molteplicità esercita un'influenza particolarmente nefasta, non solo perchè questa molteplicità è d'ordinario l'appannaggio delle forme gravi dell'epatite, ma perchè essa rende l'intervento chirurgico il più delle volte illusorio.

Diagnosi. — Se gli ascessi del fegato sono facili a diagnosticare nelle loro forme franche, le varietà del loro andamento ed il carattere così sovente insidioso dell'epatite che li precede non mettono meno spesso i clinici alle prese con certe difficoltà troppo evidenti perchè debbano meravigliarci i numerosi errori di diagnosi ai quali questa malattia ha potuto dar luogo.

Così è sovente difficile distinguere le forme acute di certe malattie quali la *febbre biliosa* dei paesi caldi, la *congestione del fegato* o certe forme d'*imbarazzo gastrico grave* complicate da un aumento di volume del fegato. Alla loro volta, le forme subacute, che si osservano nei nostri paesi, hanno potuto far credere sia ad una *pleurite purulenta* (3), sia ad una *febbre tifoide* (4), sia ancora ad una *tubercolosi acuta generalizzata* (5), od anche ad una *affezione dei reni* (6). Le forme croniche infine sono talvolta così ingannatrici che hanno fatto pensare alla *tubercolosi cronica* (7), al *cancro epatico,* al *cancro dello stomaco* (8), persino ad un *aneurisma* dell'*aorta addominale* (9). Questa semplice enumerazione dà benissimo l'idea delle oscurità diagnostiche in diverse circostanze e non è qui il caso d'esporre particolareggiatamente le finezze d'analisi che permettono di veder chiaro in simili casi difficili. Uno studio simile sarebbe di natura troppo medica. D'altronde è ben d'uopo dire, che nella pratica corrente la diagnosi differenziale non versa quasi che su certe affezioni, quali sono la *congestione epatica attiva,* le

(1) Demmler, Delle indicazioni del metodo di Little dal punto di vista dei successi operatorii; *Progrès méd.*, 2 maggio 1891, pag. 361.

(2) Gremillon, *Quelques considérations sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement des abcès du foie.* Tesi di laurea di Parigi, 1889, n. 21.

(3) Caso di Rendu osservato nella sezione di Guyot. — Rendu, loc. cit., pag. 66. — Guéneau de Mussy, *Contribution à l'histoire des abcès du foie* (*France médicale*, 1875).

(4) Descroizilles, *Hépatite aiguë suppurée* (*Bull. de la Soc. Anat.*, 1861, pag. 508).

(5) Guéneau de Mussy, loco citato.

(6) Rendu, loc. cit., pag. 67. Caso osservato in Gubler.

(7) Ritchey, *Philad. med. and surg. Rep.*, marzo 1871.

(8) Béhier, *Gaz. des hôp.*, 1869, n. 116.

(9) Moore, *Med. Presse and circul. Gaz.*, 22 gennaio 1867. — Mac Dawel, loc. citato.

affezioni pleuro-polmonari o talvolta l'*epatalgia* vaga con *coliche epatiche* imperfette, che sopravvengono ad accessi (1). Ma anche quando le cause d'errore sono così limitate, e sebbene l'analisi clinica (2) di certi sintomi come il brivido o l'itterizia possa fornire delle presunzioni fondate sulla natura del male, non resta meno constatato che in numerose circostanze la diagnosi rimane ancora molto incerta. Ora, siccome è dimostrato che una diagnosi precoce sola può dare al nostro intervento tutta la sua efficacia, resta urgente trovare una guida più sicura che il semplice esame clinico. È insomma alla puntura esploratrice che bisogna lasciar l'ultima parola per avere dei documenti precisi, e, grazie a questo mezzo d'investigazione la cui innocuità ed il cui valore non sono più messi in dubbio da alcuno, le difficoltà si trovano singolarmente appianate.

Cosicchè si può riassumere al giorno d'oggi la questione della diagnosi degli ascessi del fegato dicendo con Mabboux (3), che nella maggior parte dei casi il medico può trovare negli antecedenti e nel quadro sintomatico delle indicazioni sufficienti per armare la sua mano « molto prima che la *parete addominale riveli colla pastosità e colla tumefazione l'esistenza dell'ascesso* ». E ciò che bisogna imprimersi bene in mente è, che in qualunque individuo, che in qualche modo abbia *diritto all'epatite* pei suoi antecedenti, la constatazione dei tre sintomi: *dolore epatico fisso, aumento di volume del fegato e febbre remittente ad esacerbazioni vespertine,* deve dare una sufficiente garanzia perchè si ammetta l'esistenza dell'ascesso e la si verifichi coll'epatocentesi.

Quando l'ascesso è fluttuante o tende ad aprirsi attraverso le pareti addominali, la diagnosi diviene senza dubbio molto più semplice. Tuttavia sono ancora possibili alcuni errori. È in tal modo che venne confuso un *ascesso delle pareti addominali* con un focolaio di suppurazione intra-epatico, o reciprocamente; ma io non credo che ciò sia, come dice Rendu, « a gran pregiudizio degli ammalati ». Nei due casi, diffatti, l'indicazione operatoria è la medesima, è necessario incidere ed incidere largamente. Spetta dunque al chirurgo verificare la sua diagnosi coll'esame diretto del focolaio ed agire come richiede il caso. A. Broca (4) ha testè pubblicato un esempio interessante di questa difficoltà della diagnosi, che io stesso ho due volte incontrata. La medesima riflessione s'applica ai casi nei quali si è esposti a confondere un ascesso del fegato con una *dilatazione cistica della vescicola biliare* od una *cisti idatica infiammata.* Nei due casi è necessario l'intervento chirurgico ed il suo primo tempo, cioè una larga incisione a livello della tumefazione, correggerà ogni errore.

In quanto alla diagnosi clinica della *sede* dell'ascesso, si può, dicesi, stabilirla coll'analisi minuta dei sintomi e specialmente coi caratteri del dolore o delle sue

(1) Peyrot, loc. cit., pag. 484.

(2) L'esame batteriologico può anche fornire degli schiarimenti preziosi. In un caso in cui la tubercolosi cronica pareva probabile, Kelsch e Kiener hanno potuto accertare l'esistenza di un ascesso epatico d'origine dissenterico coll'esame batteriologico del pus espettorato (*Gaz. hebd. de Montpellier*, 1890, n. 48).

(3) Mabboux, *Du traitement des abcès du foie* (*Rev. de Chir.*, maggio-giugno 1887).

(4) A. Broca, *Abcès du grand droit de l'abdomen simulant un abcès du foie* (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1891, pag. 474).

irradiazioni. Così il dolore peritoneale acuto, la tosse secca, che Galeno battezzò già per tosse epatica, lo sfregamento periepatico, la congestione polmonare, ed il dolore della spalla indicherebbero in generale un ascesso della faccia convessa. Per contro, le irradiazioni inferiori del dolore e la maggior frequenza dell'ittero sarebbero piuttosto indizio degli ascessi della faccia concava. Da parte loro gli ascessi centrali avrebbero per carattere quello di provocare un dolore vago, profondo e sordo che la pressione non farebbe aumentare. Si crede infine dietro Mac Lean che il singhiozzo ed i vomiti incoercibili siano in rapporto colla situazione dell'ascesso a livello del lobo di Spiegelio. Ma è facile prevedere con quanta cautela simili presunzioni debbano essere fatte e questo senza pregiudizio per gli ammalati. Oggidì si pensa infatti che l'incertezza sulla sede precisa degli ascessi sia senza grandi inconvenienti, poichè le punture sono inoffensive (1) ed « è nello spirito del metodo di Little ripeterle finchè si sia incontrato il pus od abbiasi avuta certezza della sua assenza ». Notiamo infine che, in presenza d'una suppurazione del fegato, vi è sempre un grande vantaggio nel fare esattamente la diagnosi della causa basandosi sull'interrogatorio particolareggiato degli ammalati e sulla conoscenza esatta del decorso della malattia.

Cura. — Gli ascessi del fegato hanno la loro cura profilattica, che è quella dell'epatite che li precede e li ingenera. Si sa che nelle epatiti francamente infiammatorie, le emissioni sanguigne o le rivulsioni locali, i purgativi come il reobarbaro, l'emetico liquido, l'ipecaquana mescolata coll'oppio od il calomelano, formano la base della cura (Rendu). Bisognerà aggiungervi un giorno la flebotomia epatica proposta da Harley (2) per combattere le congestioni epatiche? Le osservazioni pubblicate da questo chirurgo sono insufficienti per istruirci a questo riguardo. Nelle forme subacute e croniche le emissioni sanguigne non sono indicate. È ai rivulsivi locali energici ed ai purganti come il calomelano, che bisogna ricorrere aiutandosi anche colle preziose risorse dell'antisepsi intestinale. Le bevande amare, la china e specialmente il solfato di chinina rendono alla lor volta dei grandi servizi. Infine l'intossicazione malarica e la dissenteria devono essere combattute coi mezzi d'uso quando vengono a complicare l'affezione epatica. Ma per quanto sia importante questa profilassi delle suppurazioni epatiche, io devo accontentarmi di accennarle. Essa appartiene alla terapia medica, ed il nostro solo oggetto qui deve essere la cura chirurgica degli ascessi del fegato.

Per gli ascessi del fegato succede come per tutte le raccolte purulente; *vi è una sola cura conveniente, ed è l'incisione larga e precoce.* Ma questa formola concisa e molto semplice, che è oggi accettata dalla maggior parte dei chirurghi, non ha mancato di sollevare numerose proteste, e si può dire che ieri ancora la questione di sapere quale era il metodo di cura migliore e più certo degli ascessi epatici teneva divisi i più incontestati nostri maestri. Senza dubbio v'era l'accordo per gli ascessi schiettamente fluttuanti che venivano a far punta all'esterno.

---

(1) Lavigerie, loc. citato. — Osserv. di Jaccoud sull'innocuità dell'epatocentesi (*Gazette des hôpitaux*, 1867; *Union méd.*, 1888).

(2) Associazione Medica Britannica, sessione 54ª, 18 agosto 1886.

La loro incisione diretta che i negri del Sudan praticano su sè stessi da sì lungo tempo, non poteva sollevare alcuna seria obiezione. Invece per gli ascessi la cui evoluzione non aveva provocate aderenze parietali evidenti, le divergenze erano grandi e molti pensavano, con Boinet e Rendu, che meglio era rispettarli « salvo a prevedere le migrazioni probabili del pus e prevenirne il più possibilmente le dolorose conseguenze con dei narcotici »!

In breve, all'epoca molto prossima di cui parlo la questione delle aderenze unita alla preoccupazione di garantire gli operati contro i pericoli di penetrazione del pus nel peritoneo erano le predominanti. Anche i chirurghi d'egni paese ben persuasi tuttavia che l'evacuazione del pus era lo scopo ideale da raggiungere, si sono ingegnati di mandar ad effetto questa evacuazione, sia provocando essi stessi le aderenze tutelari ch'essi credevano indispensabili, sia evitando con artifizi meccanici svariati il passaggio del pus nel peritoneo nel momento del suo scolo all'esterno. È sotto l'impero di queste idee dominanti, che sono nati i processi operatorii che ieri ancora figuravano in tutti i trattati di chirurgia come i preferibili e che ben presto in grazia dei lavori dei nostri colleghi dell'estremo Oriente, passeranno nella categoria dei metodi storici.

Questi processi, che è d'uopo tuttavia conoscere, si dividono in due gruppi; il primo gruppo è quello dei *metodi lenti,* nei quali si cerca dapprima di stabilire delle aderenze tra l'ascesso e le pareti addominali, sia coll'incisione semplice della parete addominale con medicazione a piatto consecutiva *(processo dell'incisione in due tempi* di Graves e di Bégin, recentemente raccomandato da Volkmann per l'apertura delle cisti idatiche), sia colla *distruzione della parete coi caustici* (processo fondamentale di Récamier, più o meno modificato da Hardy e Béhier, Chassaignac e Vidal de Cassis). Prodotte le aderenze con questi due mezzi, la raccolta è direttamente aperta, sia con incisione diretta dell'escara (Récamier), sia colla produzione di una nuova escara di cui si aspetta la caduta (Récamier, Vidal de Cassis), sia con una legatura elastica disposta ad ansa per mezzo d'un trequarti sulle pareti dell'ascesso (Chassaignac).

Il secondo gruppo è quello dei *metodi rapidi,* nei quali la protezione meccanica del peritoneo contro l'effrazione del pus è unicamente confidata alla disposizione strumentale. I processi di questo gruppo derivano tutti dal processo fondamentale del trequarti a permanenza raccomandato da Cambay. A fianco dei due metodi precedenti conviene aggiungerne uno più recente, quello delle *punture aspiratrici capillari.*

Tutti questi processi hanno avuto senza dubbio i loro successi; ma quanti rovesci non hanno essi al loro passivo? E ciò per ragioni facili a comprendersi. I processi del primo gruppo non sono essi, per definizione medesima, dei metodi lenti? Questo solo fatto li condanna, poichè nella cura d'una raccolta purulenta qualsiasi l'evacuazione larga, rapida e completa è la condizione *sine qua non* del successo, e certamente l'ascesso del fegato sfugge meno che ogni altro a questa regola formale. Non vi ha dunque dubbio possibile e, senza che sia necessario invocare il carattere così sovente illusorio delle aderenze provocate coi caustici o ricordare come le manovre di questi processi siano poco conformi alla semplicità della nostra chirurgia attuale, è evidente che non sono più da praticare. Questo giudizio s'applica

tanto al processo di Rècamier od ai suoi derivati, quanto al processo dell'incisione in due tempi. Io non voglio contestare che l'incisione in due tempi non sia talvolta un buon processo per evacuare a tempo ed ora delle raccolte epatiche non suppurate; ma per l'apertura delle raccolte purulente la situazione è molto diversa, e la lentezza dell'incisione in due tempi lo condanna come condanna tutti i processi del medesimo gruppo.

Il *processo del trequarti a permanenza*, i suoi derivati e specialmente il processo della doppia puntura di Verneuil, sfuggono al rimprovero della lentezza d'esecuzione. Si deve anche riconoscere ch'esso evita abbastanza bene il passaggio del pus nella sierosa. Si ammette diffatti che nei primi giorni l'intimo contatto fra la cannula del trequarti ed il suo foro di penetrazione è sufficiente per impedire l'effusione del pus nel peritoneo. Insomma, il metodo ha dei vantaggi reali e può ancora al bisogno rendere dei servigi. Ma se è vero ch'esso permette l'evacuazione rapida e precoce del pus, non cessa dal presentare l'inconveniente di non fornire al pus una uscita abbastanza larga, e per conseguenza d'esporre, non ostante le migliori irrigazioni, ai pericoli d'una evacuazione imperfetta.

In quanto alla *puntura aspiratrice*, riguardata come metodo di cura, io non contesto i successi che le si attribuiscono, ma credo che in questa circostanza come in molte altre la sua apparente benignità esponga ai pericoli più serii. Questo è vero tanto per le punture aspiratrici, quanto per quelle, di cui si cerca di completare l'effetto coll'introduzione d'un liquido antisettico qualunque nella cavità ascessuale, e, malgrado il fatto dovunque citato di quell'ammalato nel quale Moutard Martin vide guarire un voluminoso ascesso del fegato dopo due punture, malgrado i diversi successi che si pubblicano di tanto in tanto, si può tener per certo che la pratica non ha mandato ad effetto le speranze che ancora nutrono alcuni medici. Del resto, per giudicare il valore delle punture aspiratrici come processo d'evacuazione, basta assistere una sola volta all'apertura d'un focolaio di suppurazione epatica. Si vede allora che il suo contenuto fatto di pus, di grumi e di brandelli di parenchima non potrebbe in alcun modo evacuarsi coll'aspirazione. Perchè non si possa sospettare che tale giudizio sia troppo chirurgico, mi basterà ricordare che Rendu ha conchiuso nello stesso senso. « Noi crediamo, dice egli, che, come metodo di cura definitiva, esso sia per lo più insufficiente, e che bisogni quasi sempre decidersi ad *aprire francamente* la raccolta purulenta ».

Ed è precisamente *questa incisione franca e rapida*, vanamente desiderata finora, che ci è possibile praticare oggi col metodo che è, o sarà domani quello preferito da tutti i chirurghi; intendo dire il metodo di Stromeyer-Little più o meno modificato.

Dopo la comunicazione di Rochard (1) e principalmente dopo la Memoria di Mabboux (2), ognuno sa che il metodo di Stromeyer-Little è essenzialmente caratterizzato dai tre seguenti punti: 1° ricerca sollecita del pus col trequarti; 2° incisione in un sol tempo di tutte le parti molli situate fra il pus e l'esterno; 3° lavatura

(1) Rochard, Accademia di Medicina, 26 ottobre 1880.

(2) Mabboux, *Du traitement des abcès du foie par la méthode de Stromeyer-Little* (*Revue de Chir.*, 1887, pagg. 354 e 467).

e drenaggio dell'ascesso nelle condizioni dell'antisepsi più rigorosa. Con questo processo, l'operatore, lasciando da parte ogni preoccupazione riguardo alle aderenze, ha dunque per unico scopo « di riconoscere l'esistenza del pus il più presto possibile e di aprirgli il più presto possibile una larga via all'esterno », e si comprende che un modo d'agire sì poco conforme al procedimento classico non abbia ricevuto subito l'accoglienza di cui era degno. Ma, in siffatta materia, la decisione spetta ai fatti e questi sono dei più concludenti. Senza dubbio il metodo ha il suo rovescio, e, recentemente per esempio, L. E. Bertrand (1) ha pubblicata una statistica poco incoraggiante, poichè su 12 casi nota 8 decessi. Ma ognuno s'accorda nel riconoscere sempre più che le statistiche sfortunate non potrebbero prevalere contro i successi avverati d'un metodo. Numerose pubblicazioni intanto ne fanno testimonianza, e per convincersene basta leggere la tesi di Caravias (2), che indica 2 morti su 40 osservazioni; la Memoria di Mabboux nella quale non si trovano che 3 morti su 21 osservazioni attribuite a 18 operatori diversi, e gli articoli più recenti di Chauvel (3), di Defontaine (4), di Barthélemy e Bernardi (5), di Hache (6), di Demmler (7), di Peyrot (8) e di Boinet (9), per non citare che i principali.

Essendo il metodo accettato nelle sue linee principali, ciò vuol forse dire che si debba adottarne le manualità operatorie nella loro integrità? Io non credo, e buon numero di chirurghi hanno digià espressa la stessa opinione. Questa restrizione riguarda unicamente il modo d'incidere le parti molli e la maniera di trattare i labbri dell'incisione epatica. Ciò che caratterizza l'incisione di Stromeyer-Little è ch'essa « taglia d'un sol colpo » tutte le parti molli fino al centro della raccolta purulenta guidandosi unicamente sul trequarti. In quanto ai labbri dell'incisione epatica, essi non sono oggetto d'alcuna manovra speciale. Questo modo d'agire è esso esente da ogni inconveniente? Il fatto è almeno discutibile sotto due punti di vista.

In primo luogo, questa incisione a mano libera, senza alcuna preoccupazione di quel che diverranno i labbri dell'incisione epatica, non è certamente una garanzia sufficiente contro la possibile effusione d'una certa quantità di pus nel peritoneo; e dire con Mabboux, che una larga apertura permette al pus uno scolo tanto facile, che resta evitata ogni penetrazione nel peritoneo, è, come fa osservare Peyrot, voler enunciare una proposizione contestabile. So bene che, dopo la comu-

---

(1) L. E. Bertrand, *Relevé statistique des abcès du foie opérés par la méthode de Stromeyer-Little dans les hôpitaux de la marine à Toulon* (*Rev. de Chir.*, 1890, n. 8, pag. 621).

(2) Caravias, *Traitement des collections purulentes du foie par incision large et antiseptique.* Tesi di laurea di Parigi, 1885.

(3) Chauvel, *Acad. de Méd.*, 7 maggio 1889 e *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 8 gennaio 1890.

(4) Defontaine, *Revue de Chir.*, 1890, n. 7, e *Gaz. des hôp.*, 1888, pag. 533.

(5) Barthélemy et Bernardi, *Arch. de Méd. et de Pharm. milit.*, 1890, pagg. 285 e 295.

(6) Hache, *Quatre cas d'abcès du foie traités par l'incision franche* (*Bulletin et Mém. de l'Acad. de Méd.*, 1891, pag. 783. Relazione di Rochard).

(7) Demmler, *Progrès médical*, 1891, pag. 361.

(8) Peyrot, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1891, pag. 39.

(9) Boinet, *Des abcès du foie au Tonkin* (*Sem. méd.*, 1891, pag. 383).

nicazione di Peyrot si tende a spiegare l'innocuità del metodo di Little col fatto, che, essendo il pus degli ascessi epatici sovente sterile, può essere versato senza pericolo nella cavità abdominale. Ma, pur supponendo che questa interpretazione sia confermata da ulteriori ricerche, non è però meno vero che in altri casi il pus epatico non ha questa provvidenziale innocuità. Sarà egli omai necessario, per aver una guida sul modo d'intervento, praticare, come consigliano Peyrot, Arnaud e D'Astros, o, per meglio dire, *far praticare* l'esame batteriologico del pus ritirato con una puntura esploratrice? Tanto meno son di tal parere inquantochè la precocità e la rapidità dell'evacuazione totale del pus, dopo che se ne è conosciuta l'esistenza, sono le due condizioni fondamentali del successo operatorio. In breve, rallegriamoci che l'incisione di Little sia ordinariamente senza pericoli, ma non conchiudiamo che l'effusione intra-peritoneale del pus sia sempre da tener punto in conto e che non sia utile circondarsi di tutte le precauzioni volute per evitarla. Si possono invocare più osservazioni in appoggio di quanto diciamo, e, per esempio, è accertato che nei casi di peritonite raccolti da Ramonet (1), Véron (2) e Mac Leod (3), l'introduzione del pus nel peritoneo ebbe una parte patogenetica importante.

Un secondo inconveniente dell'incisione di Little è ch'essa non tiene verun conto dei casi eccezionali, ma da non mettersi in dubbio, nei quali il bistori può interessare un organo importante, come la vescicola biliare od anche l'epiploon e l'intestino. Mabboux cita un caso nel quale si è dovuto resecare l'epiploon nel corso dell'operazione, e Ramonet registra un caso di peritonite mortale, senza dubbio provocata dall'ernia dell'intestino nel momento dello scolo del pus. Per queste due ragioni principali io credo dunque prudente di sostituire all'incisione in un tempo solo di Stromeyer-Little, l'incisione a strato a strato, cioè l'incisione classica di tutte le laparotomie. È il solo modo di vedere ciò che si fa, d'evitare la lesione impreveduta della vescicola biliare, dell'intestino o dell'epiploon, d'assicurare l'emostasi e di effettuare in modo certo la protezione del peritoneo prima di dar esito al pus. Io credo infine, come Bouilly, Périer, Tillaux (4) e Defontaine (5) che la sutura dei labbri dell'incisione epatica a quelli dell'incisione delle parti molli sia una misura molto saggia e che si debba praticarla tutte le volte che si può, senza tenere alcun conto dei due rimproveri che Chauvel le rivolge, accusandola di lacerare il fegato e di ostacolare la sua retrazione. Queste due considerazioni molto accessorie non potrebbero diffatti prevalere contro i vantaggi della sutura. Si potrebbe persino ritorcere l'ultimo argomento di Chauvel e dire, con Bouilly, che la sutura ha precisamente il vantaggio di evitare la retrazione dei labbri dell'apertura epatica, sovente abbastanza considerevole per imbarazzare il drenaggio e favorire anzi il passaggio del pus nel peritoneo. In quanto al raschiamento, consigliato da Zancarol e recentemente lodato da Fontan (6)

---

(1) Ramonet, *Arch. de Méd. et de Pharm. milit.*, novembre 1887, pag. 321.
(2) Véron, *Observations d'hépatotomie*, 1882 (citato da Mabboux).
(3) Neil Mac Leod, *Brit. med. Journal*, novembre 1880.
(4) *Bull. Soc. de Chir.*, 7 gennaio 1891.
(5) Defontaine, *Gaz. des hôp.*, 1888, pag. 533.
(6) *Soc. de Chir.*, seduta del 23 dicembre 1891.

come manovra complementare dell'incisione, io credo con Pozzi e Monod ch'esso debba essere considerato come inutile e pericoloso. Quale altro particolare operatorio importante io ricorderò che, per l'apertura delle raccolte sottodiaframmatiche, sarà sovente necessario ricorrere sia al metodo transpleurale, di cui parlerò a proposito delle cisti idatiche, sia anche al processo che Lannelongue ha descritto sotto il nome di resezione del bordo inferiore del torace (1).

Colla riserva di queste modificazioni necessarie, gli altri tempi dell'operazione di Stromeyer devono essere accettati tali e quali, ed il complesso dell'intervento si può riassumere così: 1° puntura sollecita ripetuta a diverse profondità ed in differenti direzioni finchè si sia incontrato il pus oppure si abbia debitamente constatata la sua assenza; 2° incisione a strato a strato della parete addominale e dell'ascesso mettendo in opera i mezzi ordinari perchè il pus non possa versarsi nel peritoneo; 3° lavatura della cavità, drenaggio e medicazione. Tale è il procedimento che dev'essere ormai considerato come il migliore per l'evacuazione degli ascessi del fegato, vi siano o no delle aderenze tra la superficie esterna di queste raccolte e la parete addominale.

Le cure consecutive sono le medesime che si richiedono in tutte le laparotomie con apertura di raccolte purulente incistidate. Il decorso postoperatorio è in generale semplice e la durata della cicatrizzazione, che Mabboux valuta a trenta giorni in media, è certamente molto più breve che cogli antichi metodi. Si ha tanto il diritto di far conto su questo risultato favorevole, che la persistenza dei fenomeni febbrili od il ritorno della diarrea dopo l'incisione possono essere considerati come la prova quasi certa che « altri ascessi esistano nel fegato » (2). Secondo l'osservazione di C. Monod (3) è d'uopo, allora, per evitare un esito fatale, intervenire di nuovo ricercando i focolai supplementari colla puntura.

Fra le altre complicazioni operatorie si deve una menzione speciale alla *colerragia*, alla *carie delle coste* ed alle *fistole*. La *colerragia*, di cui ho già riassunte le condizioni patogenetiche, non corrisponde ai casi in cui il pus degli ascessi è semplicemente mescolato alla bile. Come dice L. E. Bertrand, è a centinaia di grammi che il liquido biliare scola e tinge la medicazione. Questo raro fenomeno sopravviene in generale qualche giorno dopo l'incisione, al momento in cui le parti in isfacelo si eliminano. La sua prognosi, talvolta gravissima, è, si comprende, subordinata all'abbondanza ed alla durata dello scolo. Quanto alle indicazioni terapeutiche che esso porta sono nulle. Tutto ciò che si può fare è d'aspettare che lo scolo cessi da sè stesso, e d'alimentare gli ammalati se lo stato del loro tubo digerente, così sovente rovinato dalla dissenteria, lo permette. Bertrand (4) ha ben cercato di compensare le perdite biliari somministrando 20 centigrammi d'estratto di fiele di bue in due pillole per giorno, ma questo tentativo terapeutico non ha avuto altro risultato che delle scariche più numerose e delle coliche violentissime.

---

(1) Lannelongue, *Comptes rendus du Congrès de Chirurgie*, Sess. 3ª, Parigi 1888, pag. 358.
(2) Zancarol, *A new operation for hepatic abcess (Brit. med. Journal)*.
(3) Ch. Monod, *Méd. moderne*, 1892, pag. 6.
(4) Oromi, *Quelques réflexions sur un cas d'hépatite suppurée*. Tesi di Montpellier, 1889.

La *carie di una o più coste,* che si presenta come complicazione lontana degli ascessi del fegato aperti all'esterno spontaneamente od artificialmente, è alla sua volta un fatto abbastanza raro, sul quale Chauvel (1) ha recentemente richiamata l'attenzione. Questa alterazione ossea, provocata senza dubbio dal contatto del pus, può divenire la causa d'una fistola perenne, la cui guarigione esige una larga apertura del focolaio con resezione completa delle parti ossee ammalate. In quanto alle *fistole,* esse sono rare negli ascessi del fegato propriamente detti. Per solito esse s'osservano specialmente quando le raccolte sono situate in alto sotto il diaframma, e, fra le cause che le mantengono, si deve sopra tutto accusare la rigidità delle pareti toraciche. Ne risulta che se il loro sbrigliamento è sempre il miglior mezzo da impiegare, bisognerà molte volte completare l'intervento colla resezione delle coste od anche del bordo costale per un'estensione proporzionale a quella del recesso purulento.

CAPITOLO III.

ASCESSI TUBERCOLARI DEL FEGATO

Lannelongue, Sugli ascessi tubercolari periepatici e sulla cura che loro conviene; *Académie des Sciences,* 15 maggio 1887. — *Bull. méd.*, 1887, pag. 438. — Resezione del bordo inferiore del torace; *Comptes rendus de la troisième session du Congrès français de Chirurgie*, pag. 358. Parigi 1888. — Tubercolosi epatica e periepatica. Epatotomia (*Mémoire du Congrès français pour l'étude de la tuberculose,* fasc. I, pag. 204. Parigi 1889). — Cadet de Gassicourt, *Bull. et Mém. de la Société médicale des hôpitaux;* seduta del 10 dicembre 1886. — Gombault e Breda, Ascesso areolare tubercolare del fegato; *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, pag. 737. — Caussade, Caso di periepatite tubercolare suppurata (è la quarta osservazione della prima comunicazione di Lannelongue); *Revue des maladies de l'enfance*, 1887, pag. 350. — E. Canniot, Della resezione del bordo inferiore del torace per raggiungere la faccia convessa del fegato. Tesi di laurea di Parigi, 1891.

Rilliet e Barthez (2) hanno vista chiaramente la tubercolosi peri-epatica e diversi autori, quali Boulland (3), Jaccoud (4) e Deschamps (5), hanno pubblicato delle autopsie di suppurazioni peri-epatiche tubercolari; ma la storia clinica e chirurgica degli ascessi tubercolari del fegato non principia se non coi lavori di Lannelongue, e per ora le comunicazioni di questo chirurgo riassumono tutto ciò che noi sappiamo su questo nuovo capitolo della chirurgia del fegato.

Gli ascessi tubercolari del fegato si osservano specialmente nei bambini e comprendono due varietà: gli *ascessi intra-epatici* e gli *ascessi peri-epatici.*

---

(1) Chauvel, *Arch. gén. de Méd.*, 1890, pag. 5.

(2) Rilliet et Barthez, *Traité des maladies des enfants,* 2ª ediz., t. III, pag. 782. Parigi 1854.

(3) Boulland, *De la tuberculose du péritoine et des plèvres chez l'adulte.* Tesi di laurea di Parigi, 1865.

(4) Jaccoud, *Cliniques de la Pitié*, 1885, pagg. 219-237.

(5) Deschamps, *De la péritonite péri-épatique enkystée.* Tesi di Parigi, 1885.

Le lesioni *intra-epatiche*, risultanti dalla presenza di granulazioni tubercolari, son già state descritte da alcuni autori, e le ricerche di Brissaud e Toupet, di Ziegler (1867), d'Hanot, di Lauth (1) e di Pilliet (2) hanno stabilito che i bacilli, penetrando in seno del parenchima epatico per la via della vena porta, determinano un'irritazione che si rivela colla formazione di tessuto sclerosato e colla degenerazione adiposa dei lobuli. Ma queste non sono lesioni suppurative, e Lannelongue è veramente il primo autore che abbia richiamato l'attenzione sugli *ascessi tubercolari* propriamente detti del parenchima epatico, come pure sul legame di continuità fra queste *lesioni intra-epatiche* e quelle della periferia del fegato. Le tre autopsie, di cui ha dato la relazione alla prima sessione del Congresso per lo studio della tubercolosi, stabiliscono nettamente che la tubercolosi epatica si può manifestare « sotto forma di infiltrazione estesa *(epatite caseosa)* e di ulcerazioni cavernose costituenti dei veri *ascessi parenchimatosi* ». La loro evoluzione è conforme a quella di tutte le raccolte intra-epatiche. Essi guadagnano la periferia dell'organo per provocarvi uno stato di peritonite adesiva in seno della quale « le fungosità si dispongono tosto a membrana d'ascesso tubercolare ». Per lo più il lavorìo si forma sotto il bordo costale. L'ascesso poggia allora sulla faccia convessa, e di là può, come tutti gli ascessi che hanno la medesima sede, portarsi verso regioni più o meno distanti od aprirsi nei bronchi. Si vede che nei casi di questo genere l'ascesso peri-epatico non è che un prolungamento del focolaio epatico propriamente detto. Clinicamente, questi ascessi tubercolari intra-epatici non son guari riconoscibili, e la peritonite peri-epatica, o meglio ancora l'ascesso peri-epatico, che succedono loro, potranno solo permettere di supporre la loro esistenza. La conoscenza di questi fatti offre un'importanza che non potrebbe sfuggire e sulla quale io ritornerò a proposito della cura degli ascessi peri-epatici.

Gli *ascessi tubercolari peri-epatici* sono talvolta il primo segno apparente della tubercolosi e sono per conseguenza particolarmente da sottoporre all'intervento chirurgico. Tal'altra essi caratterizzano uno stadio più avanzato, e già la tubercolosi s'è mostrata con altre manifestazioni. Un terzo gruppo comprende gli ascessi che appaiono nei soggetti la cui costituzione è già rovinata dalle manifestazioni multiple della tubercolosi. I focolai primitivi di questi ascessi devono essere ricercati negli strati profondi della parete addominale, sulla faccia interna delle ultime coste (osteite tubercolare primitiva), nel diaframma, nei ganglii linfatici del solco trasversale del fegato, nel peritoneo circostante, infine nel fegato stesso, sia alla sua superficie, sia nella sua profondità, come ne fanno fede le osservazioni precedentemente citate di Lannelongue. I sintomi di questi ascessi variano secondo la loro sede. Talvolta il tumore fa sporgenza sotto il bordo costale e può far credere ad una cisti idatica. Lannelongue ha evitato questo errore su due ammalati, fondandosi sulla delimitazione del tumore, sulla sua rapida evoluzione e sugli antecedenti. Alcune volte l'ascesso risiede più in alto; non forma più sporgenza

---

(1) Lauth, Tesi di laurea di Parigi, 1888 (pubblicata sotto l'ispirazione di Hanot).

(2) H. Pilliet, *Étude d'histologie pathologique sur la tuberculose expérimentale et spontanée du foie.* Tesi di laurea di Parigi, 1891.

sotto il bordo costale ed allora la diagnosi diventa molto difficile. Diffatti si può confondere l'ascesso sia con una cisti idatica, sia con un versamento pleurico. La puntura esploratrice sarà ben sovente il solo mezzo per distinguere l'ascesso da una cisti. Quanto al secondo errore sarà facile evitarlo guidandosi sopra tutto sulla natura dei fenomeni generali e sulla forma del limite superiore dell'ottusità, *concava* nei versamenti pleurici, mentre è *convessa* per le raccolte sottodiaframmatiche. Talvolta infine gli ascessi peri-epatici sono ancora più inaccessibili, essi occupano il bordo posteriore del fegato o la sua faccia inferiore, e, in queste condizioni, la diagnosi diviene presso a poco impossibile.

« Questi ascessi ammettono un intervento chirurgico il quale permette di guarirli in un gran numero di casi ». Per gli ascessi a cui è facile arrivare, e la cui cavità si accascia bene dopo l'evacuazione del pus, l'incisione semplice attraverso la parete addominale e la dissezione della parete costituiscono il metodo da preferire. Per gli ascessi più elevati e meno accessibili, come pure per la cura dei tragitti fistolosi consecutivi alla loro apertura, è necessario combinare l'incisione delle parti molli alla resezione del bordo inferiore del torace fino alla 7ª od alla 6ª costa secondo i casi. Infine dopo una larga apertura di queste raccolte, non si tralascierà mai d'esplorare il fegato stesso, e, se vi è coesistenza di un ascesso intra-epatico, si avrà cura di praticarne sempre l'incisione.

I vantaggi della resezione costale, raccomandati da Lannelongue a proposito della cura degli ascessi tubercolari del fegato, meritano l'attenzione dei chirurgi. Diffatti è questo un mezzo eccellente per raggiungere facilmente e *senza aprire il peritoneo*, non solo gli ascessi tubercolari, ma ancora « tutti i tumori solidi o liquidi che sono situati nella regione della faccia convessa del fegato e più o meno profondamente sotto al diaframma. È dunque importante conoscere le manualità operatorie di questa resezione quale l'ha descritta Lannelongue nella sua comunicazione alla terza sessione del Congresso francese di Chirurgia. Non potendo qui dare tutte le particolarità di questo intervento, ricorderò solamente ch'esso si fa col mezzo d'una doppia incisione, di cui l'una, lunga da 8 a 10 centimetri, percorre il bordo costale e di cui l'altra, meno lunga e perpendicolare alla prima, permette di dissecare due lembi triangolari muscolo-cutanei e di scoprire così la porzione dello scheletro che si vuol resecare. In quanto alla resezione stessa, essa ha per carattere essenziale e ben distinto quello di estendersi non solo alle coste, ma anche alle parti molli degli spazi intercostali ed al *bordo del torace.* La sua formola operatoria è, in una parola, la seguente: « resezione d'un segmento toracico triangolare o trapezoide, di cui il bordo inferiore del torace è la base od il lato più lungo ».

CAPITOLO IV.

CISTI IDATICHE

Le sacche, che la larva della *tenia echinococco* del cane si scava in seno al parenchima epatico dell'uomo, non sono le sole produzioni cistiche capaci di invadere il fegato. L'anatomia patologica c'insegna difatti che le cisti del fegato sono *congenite* od *acquisite,* e queste ultime sono *parassitarie* o *non parassitarie.* Però la storia di tutte queste formazioni cistiche sarebbe qui fuori luogo. Le cisti *congenite* sono eccessivamente rare. Witzel ha trovato una degenerazione cistica del fegato all'autopsia di un feto a termine. Bagot (1) ha notato un fatto analogo; F. Sammling ha pubblicato *un caso di cisti dermoide;* infine si devono ad Eberth, a Friedreich ed a Girode alcuni fatti che dimostrano probabilmente l'esistenza di *cisti congenite sierose* o *mucose* (2). Alla loro volta le cisti *acquisite non parassitarie,* abbastanza rare nella razza umana e conosciute sotto il nome di *cisti semplici,* di *cisti sierose* o di *cisti biliari,* non presentano in loro stesse alcuna gravità, e, malgrado l'esempio d'altronde poco dimostrativo di cisti semplici suppurate pubblicato da Murchinson (3), egli è evidente ch'esse non hanno per ora nessun interesse chirurgico. Secondo l'osservazione di Hanot, « queste cisti si sono scoperte all'autopsia di individui che soccombettero in seguito a un'affezione intercorrente od a fenomeni uremici dovuti alla degenerazione cistica concomitante dei reni ». In quanto alle *cisti parassitarie,* esse comprendono invero due varietà: le *cisti idatiche alveolari* e le *cisti idatiche classiche.* Ma questi echinococchi alveolari, confusi sino a Virchow col cancro colloide, sono molto rari. Di più tutto induce a pensare che la natura di queste cisti alveolari sia la medesima di quella delle cisti idatiche classiche. Quelle come queste rappresentano lo *stato larvare* della medesima tenia. Ciò che lo prova è che Klemm ha potuto sviluppare la vera tenia echinococco nell'intestino d'un cane, al quale aveva fatto inghiottire delle *idatidi fertili* provenienti da un *tumore idatico alveolare.* Secondo questo modo di vedere, il carattere differenziale unico influirebbe sopra il modo di sviluppo dell'idatide madre. La proliferazione sarebbe esogena in caso di cisti alveolari e causerebbe l'aspetto macroscopico tutto speciale di queste produzioni.

Il tumore alveolare, bene studiato da Carrière (4), si presenta difatti sotto la forma di una massa più o meno voluminosa, il cui centro è diffluente e la cui

(1) Bagot, *Dystocie due à un volumineux kyste du foie chez le fœtus.* Accademia reale di medicina d'Irlanda, 27 novembre. *Mercredi méd.*, 1892, pag. 10.

(2) Hanot et Gilbert, *Étude sur les maladies du foie.* Parigi 1888.

(3) Murchinson, *Kystes simples du foie. Leçons cliniques sur les maladies du foie,* trad. Cyr, 1878, pag. 250.

(4) Carrière, *De la tumeur hydatique alvéolaire.* Tesi di laurea di Parigi, 1868.

periferia è costituita da una sostanza fondamentale assai resistente, formata da strati alveolari nei quali sono contenute delle masse gelatiniformi. Queste ultime sarebbero precisamente delle *vesciche esogene* schiacciate e ripiegate su di loro stesse; il centro diffluente rappresenterebbe per conto suo la *vescica madre* più o meno alterata. Ma, quantunque le nostre opinioni attuali siano ben fondate su questa stretta parentela delle due varietà cistiche, ci resta pur tuttavia oscuro il perchè della disposizione così particolare delle idatidi alveolari. Come non si spiega maggiormente la loro particolare predilezione per gli Svizzeri e sopra tutto per i Tedeschi del Sud. I loro sintomi sono alla loro volta malissimo determinati. Durante la loro lenta evoluzione il fegato è difatti *bernoccoluto* come nel *cancro*, vi si trova spesso ascite e più di frequente ancora ittero come nella *cirrosi ipertrofica;* le emorragie e gli edemi si mostrano più tardi e la morte sopraggiunge fatalmente in uno spazio da otto a undici anni (1). In quanto alla cura, non si fece giammai sino in questi giorni, o presso a poco, se non una terapia dei sintomi, e, quantunque Brunner (2) abbia recentemente pubblicato un caso di cisti alveolare, suppurata e guarita per mezzo di un'incisione transpleurale, non credo sia ancora venuta l'ora di accordare qui un più ampio sviluppo a quest'affezione parassitaria. Mi basta segnalarne l'esistenza, e, seguendo l'esempio dei nostri trattati classici, descriverò solamente le cisti idatiche propriamente dette (*a*).

Storia. — Ai tempi d'Ippocrate, si sapeva già che il fegato pieno d'acqua poteva rompersi nel peritoneo, e gli autori che lo seguirono hanno dato delle descrizioni assai precise della malattia secondo il punto di vista macroscopico. Malgrado i lavori abbastanza importanti degli elmintologi del XVI secolo, i medici di quest'epoca persistettero nel considerare le idatidi come raccolte di sierosità risultanti o no dalla dilatazione dei linfatici, e la natura parassitaria di queste produzioni è rimasta sconosciuta sino al giorno in cui Pallas (3) in un lavoro datato dal 1760 ha per la prima volta indicato i caratteri generici dell'echinococco. Le importanti ricerche di Gmelin, Mangeot e Gœze vennero in seguito, ed è solamente al principio di questo secolo che Rudolphi (4) e Bremser (5), applicando all'uomo ciò che si sapeva sopra le idatidi degli animali, hanno stabilito la perfetta identità dell'echinococco dell'uomo e della tenia idatigena. Dopo ciò le trasformazioni successive che subisce l'embrione della tenia per diventare echinococco, poi tenia perfetta, sono state oggetto delle più attente ricerche da parte degli elmintologi; le osservazioni cliniche si sono moltiplicate: Davaine (6) ci ha dato il trattato più

---

(1) Dieulafoy, *Manuel de Pathologie interne*. Parigi 1890.

(2) Brunner, *Ein Beitrag zur Behandlung der Echinococcus alveolaris Hepatis* (*Münchener med. Wochen.*, n. 29, pag 503).

(*a*) [Il bel caso di resezione epatica, pubblicato dal Tansini, era dato appunto da una cisti alveolare del fegato (I. Tansini, *Estirpazione totale di cisti alveolare da echinococco del fegato con resezione parziale del lobo sinistro. Guarigione.* Contributo di chirurgia addominale. Modena. *Rassegna delle Scienze mediche*, 1891). — V. *Appendice di operativa*, pag. 305 (D. G.)].

(3) Pallas, *De insectis viventibus intra viventia*. Dissert., 1760. *Miscellanea zoologica*, 1766.

(4) Rudolphi, *Entozoarum sive vermium intestinarum historia*. Amsterdam, t. I, pag. 112.

(5) Bremser, *Notice sur l'Echinococcus hominis* (*Journal comp.*, 1821, t. XI, pag. 282).

(6) Davaine, *Traité des entozoaires*, 2a edizione. Parigi 1877.

completo che noi possediamo su questa materia; Rendu (1) ha riassunto l'assieme delle nostre conoscenze nel suo articolo del *Dictionnaire encyclopédique*, e la storia delle cisti idatiche si è così perfezionata senza che nulla vi sia da cambiare oggidì alle importanti descrizioni cliniche che noi dobbiamo a questi due ultimi autori. Però, secondo altri punti di vista, lo studio delle cisti idatiche non ha cessato di fare importanti progressi. Le ricerche batteriologiche hanno difatti rischiarato di nuova luce certe questioni di patogenesi insino ad ora assai oscure, e, mediante i vantaggi dell'antisepsi, la cura chirurgica delle cisti idatiche ha preso un'estensione ogni giorno più grande. Io noto qui i principali lavori che questa fase contemporanea ha suscitato in seguito all'articolo di Rendu.

Rendu, *Dict. encycl. des Sc. méd.*, t. III, serie 4ª, pag. 249 e seguenti, 1877. — Gallard, *Clin. méd. de la Pitié*, 1877, pag. 312. — Volkmann, Cura delle cisti idatiche coll'incisione in due tempi; sesto Congresso dei Chirurghi tedeschi, 1877. — Murchinson, Leçons cliniques sur les maladies du foie. Trad. Cyr, 1878, pag. 250. — Kirchner, Esposizione del metodo di Lindermann. *Dissert. inaug.*, Berlino 1879. — Israël, Settimo Congresso dei Chirurghi tedeschi. Berlino 1879. — Küster, *Deut. med. Wochen.*, 1880, n. 1. — Landau, *Berliner klin. Wochen.*, 1880. — Mourson et Schlagdenhauffen, Nouvelles recherches chimiques et physiologiques sur quelques liquides organiques; *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, 30 ottobre 1883, t. XCV, pag. 791. — Berthaut, Essai sur l'élimination des kystes hydatiques par les voies biliaires. Tesi di laurea, Parigi 1883. — Terrier, Kyste hydatique de la face inférieure du foie; *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1885, pag. 364. — Verneuil, Richelot, Terrier, Trélat, *ibid.*, 1885, pag. 802 e seguenti. — Poulet, *Rev. de Chir.*, 1886, pag. 441. — Reclus, *Gaz. hebd.*, 1886, pag. 237. — Braine, Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. Tesi di Parigi 1886. — Landouzy et Paul Segond, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1887, pag. 236. — M. Baudouin, Traitement des kystes hydatiques du foie; *Progrès méd.*, 1887, pagg. 213, 271, 291. — Paul Segond, Du traitement chirurgical des kystes du foie; *Congrès français de Chir.*, sessione 3ª, 1888, pag. 529. — G. Maunoury, *ibid.*, pag. 538. — S. Pozzi, *ibid.*, pag. 545 e *Gaz. méd. de Paris*, 30 giugno 1888. — Demars, Traitement des kystes hydatiques du foie. Tesi di laurea, Parigi 1888. — Achard, De l'intoxication hydatique; *Archives générales de Méd.*, ottobre 1888, pagg. 411 e 572. — Bœckel, Des kystes hydatiques du foie; *Gaz. hebd. méd.*, 8 febbraio 1889. — Lucas Championnière, *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1889, pag. 287. — Lawson Tait, The surgery of the liver; *Edinb. med. Journal*, ottobre e novembre 1889, pagg. 305 e 401. — Bergada, De l'incision transpleurale appliquée aux collections sous-phréniques et en particulier aux kystes hydatiques du foie. Tesi di dottorato. Parigi 1889. — Potherat, Diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie. Tesi di laurea, 1889. — Vortz, Echinococcus Hepatis. Extirpation with partial resection of the liver; *Hosp. Tid.*, 1889, pagg. 22, 610, 612. Analizzato nell'*Ann. of Surgery*, aprile 1890, n. 4, pag. 289. — Galliard, Kystes hydatiques de la convexité du foie; *Arch. gén. de Méd.*, aprile 1890. — Bourguet, Du traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. Tesi di Montpellier, 1890. — Eichhorsth, Zur Diagnose durchbrechender Leberechinococcus; *Zeit. für klin. Med.*, 1890, t. XVII (suppl.), pagg. 29 e 40. — Mauny, Rupture intra-péritonéale des kystes hydatiques du foie. Tesi di laurea, Parigi 1890. — I. Israël, Ein Beitrag zur Leber-Chirurgie; *Deutsche med. Woch.*, n. 3, 1890. — Cécile Dylion, Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la portion antéro-supérieure du foie. Tesi di laurea, Parigi 1890. — C. Langenbuch, Der Leberechinococcus und seine Chirurgie. Stuttgart 1890. — Chauffard et Widal, Recherches expérimentales sur les processus infectieux et dialytiques dans les kystes hydatiques du foie; *Bulletin médical*, 19 aprile 1891, n. 32, pag. 377. — Michaux, Kyste hydatique du foie ayant envahi la totalité de l'organe. Laparotomie; *Congrès français de Chir.*, sessione 5ª. Parigi 1891, pag. 531. — Morin, Traitement des kystes hydatiques du foie. Tesi di laurea, Parigi 1891. — U. Trélat, *Clinique chir.*, Parigi 1891, t. II, pag. 59. — E. Forgue et P. Reclus, Traité de thérapeutique chirurgicale. Parigi 1892, t. II, pagg. 712 e 725.

(1) Rendu, loc. cit., pag. 209.

Eziologia. — La produzione parassitaria a forma vescicolare che nell'uomo risiede nel fegato come negli altri visceri, nei muscoli o nelle ossa, l'*idatide* in una parola, non è altro che la *larva* della *tenia echinococco* del cane. Questa definizione comprende tanto l'idatide fertile a testa di tenia (echinococco) quanto l'idatide senza testa (acefalocisti). In tutti e due i casi la vescica parassitaria, conosciuta sotto il nome d'idatide, rappresenta la seconda fase evolutiva (o *stato larvare*) dell'*embrione esacante* proveniente dall' uovo della tenia echinococco. Questa tenia, che certi patologi confondono a torto colla tenia non vescicolare descritta da V. Siebold sotto il nome di *tenia nana* (1), non fu osservata finora che nel lupo, nello sciacallo, nel coguaro e specialmente nel cane. L'uomo non interviene dunque che per caso nella fase del suo sviluppo. È uno dei più piccoli vermi cestodi conosciuti. La sua lunghezza non misura più di 5 millimetri. Esso si compone d'una testa armata alla quale « seguono solamente tre o quattro anelli; l'ultimo, quand'è formato, raggiunge da sè solo od oltrepassa certe volte la metà della lunghezza totale ». Le prime esperienze che confermarono questi dati fondamentali si dovettero a Siebold ed a Küchenmeister.

Essi hanno difatti provocato la tenia echinococco in cani, facendo loro inghiottire delle idatidi e, reciprocamente, hanno provocato la formazione delle idatidi in giovani vitelli facendo loro ingerire delle uova di tenia. La conclusione è dunque evidente, e, generalizzando all'uomo il risultato dell'esperimento sopra gli erbivori, si sa ora che la sola causa delle cisti idatiche del fegato è l'*introduzione nell'intestino dell'uomo delle uova della tenia echinococco del cane.* Ne risulta così che tutta l'eziologia delle cisti idatiche del fegato si limita a ricercare le circostanze che permettono questa introduzione e che favoriscono in seguito la penetrazione degli embrioni della tenia (*embrione exacante)* nel parenchima epatico. Posta così la questione, la risposta è semplice, e quantunque gli incidenti o i particolari del viaggio che l'*embrione exacante* deve intraprendere per giungere al fegato non siano tutti conosciuti, pure la luce non è per questo minore sopra i principali particolari di questa migrazione. È difatti ben chiaro che la bocca è la sola porta possibile d'entrata e che le due prime condizioni eziologiche devono cercarsi da una parte nella convivenza degli animali domestici e dall'altra nella *ingestione degli alimenti o delle bevande* contenenti delle uova di tenia.

La *convivenza cogli animali domestici* espone alla trasmissione diretta dal cane all'uomo secondo modi assai variati. Infatti si sa che le uova della tenia non sono solamente evacuate per mezzo delle feci, e, allorquando l'ultimo anello della tenia si stacca colle uova mature di cui è pieno, può inoltre mediante il movimento di traslazione di cui è dotato giungere all'orifizio dell'ano nell'intervallo dei periodi di deiezione. I peli vicini all'ano del cane possono adunque in ogni momento nascondere delle uova e, colle abitudini di quest'animale, non occorre altro per ispiegare come queste uova siano raccolte dalla loro lingua, e dai peli del loro muso, sopra i quali esse si fissano per staccarsene alla prima occasione. Si arguisce in seguito a ciò che la convivenza coi cani e le imprudenze

---

(1) Vedasi R. Blanchard, *Histoire zoologique et médicale des Téniadés du genre Hymenolepsis, Weinland.* Parigi 1891.

a cui siamo avvezzi, sia permettendo loro di soggiornare sopra i letti, sia abbandonando il viso o le mani alle abituali manifestazioni della loro simpatia, divengono altrettante condizioni eziologiche assai pericolose. Tuttavia questi diversi modi di *trasmissione diretta* del cane all'uomo non sono le condizioni più frequenti della contaminazione. La *trasmissione indiretta* per mezzo degli *alimenti* e sopra tutto per mezzo delle *bevande* (1) è assai più frequente, e ciò che lo prova abbastanza si è che in molti casi gli ammalati affetti dalle cisti idatiche non hanno mai posseduto alcun cane.

L'intervento eziologico dell'alimentazione è facile a comprendersi. Il cane sparge a caso per mezzo delle sue deiezioni le uova di tenia ch'esso porta in sè. Queste uova, il cui potere di resistenza agli agenti atmosferici è grandissimo, restano messe in libertà per mezzo della distruzione degli anelli che le racchiudono. Esse si fissano allora sopra i legumi, sopra le erbe dei pascoli, o sopra le frutta che germogliano rasente il suolo. Le acque pluviali possono anche trascinarle verso le sorgenti o nei pozzi; in questi due casi la loro introduzione nel tubo digerente dell'uomo o degli erbivori diviene, per così dire, inevitabile, se le acque non sono punto filtrate o se le frutta od i legumi che le contengono non se ne sono liberati per mezzo della cottura o per mezzo della lavatura. Si è anche domandato se l'ingestione *per parte dell'uomo* di carni contenenti delle idatidi poteva essere incriminata; ma le leggi che reggono l'evoluzione di queste produzioni dimostrano che questa ipotesi non è sostenibile. È naturale che queste tenie si moltiplichino nei cani ai quali si gettano per pascolo dei polmoni e dei fegati di erbivori, contenenti delle idatidi, e secondo la legge biologica il verme vescicolare si trasformi in verme sessuale *(tenia echinococco)*. Ma nell'uomo o negli erbivori questa trasformazione è impossibile. Ne risulta che, secondo il punto di vista della parte eziologica dell'alimentazione, *le bevande e gli alimenti vegetali* devono essere considerati come soli capaci di trasmettere la malattia dal cane all'uomo.

Il fattore eziologico principale della convivenza coi cani e dell'alimentazione spiega perfettamente come la *ripartizione delle idatidi* secondo i paesi varii col variare delle abitudini delle popolazioni. Esso permette particolarmente d'interpretare l'estrema frequenza della malattia in Australia e sopra tutto in Islanda senza che vi sia bisogno d'accusarne il clima e l'umidità dell'atmosfera (*a*). Per esempio si sa difatti che in Islanda « gli abitanti vivono alla rinfusa coi loro animali domestici, e tutti hanno nell'interno della loro capanna uno o due cani. Siccome, d'altra parte, le idatidi sono assai frequenti nei montoni e nelle vacche, ed i cani si nutrono in grande quantità dei visceri di questi animali malàti, ne segue che tutte le condizioni favorevoli allo sviluppo della tenia da una parte, delle idatidi dall'altra, si trovano riunite » (Rendu). Le *influenze predisponenti* altra volta discusse dell'*età*, del *sesso* o delle *professioni*, si trovano così ridotte al loro giusto valore. In quanto alla parte dell'*eredità* e della *diatesi verminosa* di Beauclair, non è più cosa seria il discorrerne.

---

(1) R. Blanchard, *Las animales parasitas introducidas por el agua en el organismo*. Londra 1890.
(*a*) [In Italia l'echinococco è particolarmente frequente in Romagna (D. G.)].

Introdotto che sia nella bocca dell'uomo o degli erbivori, l'uovo della *tenia echinococco* passa nello stomaco, il suo guscio vi è disciolto dall'azione dei succhi digestivi e l'*embrione exacante* liberato dal suo involucro raggiunge col bolo alimentare il duodeno e l'intestino. Si sa che questo embrione di tenia è una *piccola massa gelatinosa ovoide* che misura circa 25 micromillimetri ed è munita all'una delle sue estremità di tre paia di *uncini* o di *spicole* suscettibili di avvicinarsi o di divergere. Mediante quest'*armatura,* che gli dà la doppia potenza di penetrare e di progredire, l'embrione della tenia, fuggendo il tubo digerente per cercare una dimora più ospitale, si aggrappa alle pareti dell'intestino, vi penetra e, manovrando coi suoi uncini come si giuocherebbe di gomito (1), procede attraverso i tessuti. La via ch'esso segue è molto varia.

Talvolta sembra scavare la sua via restando nella trama dei tessuti, ma allora la sua progressione è laboriosa e ben presto esso sceglie una dimora vicino al tubo digerente. Talvolta domanda al primo vaso capillare che esso incontra un mezzo di locomozione meno penoso, e penetrando sia in un capillare, sia in un chilifero, esso si lascia trascinare pel torrente circolatorio verso gli organi più lontani. Quest'ultimo mezzo di trasporto è il solo che permetta di comprendere la presenza dell'embrione nelle regioni così diverse ch'esso è atto ad abitare. La progressione pura e semplice nella trama dei tessuti basta a spiegare il suo cammino attraverso agli organi molli e lacunari, però è quasi inammissibile ch'essa permetta all'embrione di giungere per esempio al globo dell'occhio, al midollo, al cervello, ai muscoli e sopra tutto alle parti dello scheletro più lontane dal tubo digerente, come le falangi, senza contare che sarebbe assai difficile ammettere che l'embrione sia armato di spicole tanto potenti da intaccare dei tessuti duri come le ossa. In un gran numero di casi, l'ipotesi del trasporto per mezzo del sangue è dunque sotto tutti i rapporti la più soddisfacente e per le cisti idatiche del fegato in particolare, quantunque la migrazione per la via della vena porta non sia ancora stata osservata sul vivo, tutto induce a pensare che questo sia precisamente il cammino seguìto. Ad ogni modo l'*embrione exacante,* raggiunto un punto qualunque del parenchima epatico, vi si fissa, perde le sue tre paia di uncini e si appresta a subire una serie di modificazioni la cui conoscenza può sola far comprendere lo sviluppo delle cisti idatiche e le particolarità della loro anatomia patologica. È dunque necessario ricordare qui i caratteri essenziali di queste modificazioni evolutive, di cui si troverà la storia completa nei lavori speciali e particolarmente nel Trattato di zoologia medica di R. Blanchard (2).

Una volta stabilito nel fegato, l'*embrione exacante* subisce dapprima il lavoro d'*incistidamento,* cioè col favore dell'irritazione provocata dalla sua presenza si produce, a detrimento degli elementi costitutivi del fegato, una membrana d'inviluppo che noi ritroveremo nell'anatomia patologica come lo strato più esterno di tutte le cisti idatiche. Compiuto questo primo lavoro, l'*embrione exacante* fin qui costituito da una *capsula anista* e da un *contenuto solido* formato di grossi granuli brillanti come goccioline di grasso, si trasforma in una piccola sfera cava

(1) R. Blanchard, loc. cit., pag. 303.
(2) R. Blanchard, *Traité de Zoologie médicale,* t. I. Parigi 1889.

che è l'idatide. Le sue pareti comprendono due strati, uno strato esterno o cuticola a lamine sovrapposte proveniente direttamente dalla capsula dell'embrione exacante, e uno strato interno descritto da C. Robin sotto il nome di *membrana germinale* o *fertile.* Il *contenuto* è un *liquido chiaro come l'acqua di roccia.* Esso risulta dalla liquefazione centrale della massa granulare che formava prima il contenuto solido dell'embrione exacante, e sono le granulazioni più esterne di questa massa che per condensazione sulla faccia interna della cuticola stratificata formano la membrana fertile.

L'*idatide,* così costituita da *idropisia dell'embrione exacante,* subisce in seguito le modificazioni caratteristiche del suo accrescimento, le quali comprendono: 1° lo *accrescimento in sito*; 2° la *proliferazione.*

L'*accrescimento in sito* è semplicissimo; si fa lentamente per dilatazione della borsa ed aumento del liquido che racchiude. Borsa e contenuto conservano però i loro caratteri primitivi. Il contenuto è chiaro e lo strato esterno dell'inviluppo *(cuticola)* è notevole per le sue stratificazioni in piccoli fogli gelatiniformi e sovrapposti che s'arrotolano su di loro stessi, allo stesso modo delle membrane elastiche allorquando si separano le une dalle altre per mezzo della dissezione.

La *proliferazione* è un fenomeno più complicato. L'*idatide,* considerata nella fase precedentemente descritta, è senza testa di tenia; essa corrisponde all'*acefalocisti* di Laënnec, e, sia detto fra parentesi, questo fatto dimostra chiaramente che queste acefalocisti non sono punto, come pensava Laënnec, una specie particolare. Esse non sono altro che la seconda fase evolutiva dell'embrione exacante. Ora i fenomeni di proliferazione variano essenzialmente secondo che l'idatide si sviluppa restando sterile (vale a dire acefalocisti), oppure secondo che la sua membrana fertile ingenera delle teste di tenia. In altri termini la proliferazione si fa secondo due modi: il *modo fertile* ed il *modo sterile,* e siccome questi due modi possono osservarsi isolatamente ovvero combinarsi, così si potrebbe dire, schematizzando un poco la questione, che la proliferazione si fa secondo tre modi: il *modo fertile,* il *modo sterile* ed il *modo misto* nel quale i due precedenti si combinano colla variabile predominanza dell'uno o dell'altro.

Nel *modo fertile* ecco come vanno le cose. Dapprima si producono, per germogliamento dalla *membrana fertile dell' idatide madre,* delle papille, il cui contenuto si liquefa, e che formano le *vescicole proligere.* La faccia interna della parete di queste vescicole proligere dà alla sua volta origine ad un grande numero di papille piene (ne esistono fino a 34 in una stessa vescica proligera) e ciascuna di queste papille piene diventa una *testa di tenia* colle sue quattro ventose e col suo rostro munito di una doppia fila di uncini. La fase larvare è da questo punto terminata; l'*echinococco è costituito* e le altre sue trasformazioni variano secondo il suo esito ulteriore. Se fosse allora inghiottito da un cane, diventerebbe *tenia echinococco,* ma, imprigionato nel fegato dell'uomo, esso è, come si disse, impegnato in una strettoia, e, se non muore sotto un'influenza qualunque, il suo solo avvenire possibile è d'accrescersi tale quale. Questo accrescimento si fa per mezzo della formazione delle *vesciche secondarie.* Queste nascono entro le lamine della cuticola dell'idatide madre sotto la forma di una massa granulare che tosto riveste tutti i caratteri della vescica madre. Come quest'ultima, essa possiede una

membrana fertile che ingenera delle teste di tenia, ed una cuticola, in seno della quale possono svilupparsi delle piccole vescichette che godono alla loro volta dei medesimi privilegi; e le somiglianze sono tali che, esaminando isolatamente una vescica di qualunque generazione, sarebbe impossibile distinguerla da un embrione exacante trasformato in vescica madre. Le *vesciche secondarie,* che sono così prodotte per genesi nello spessore della cuticola d'una vescica preesistente, camminano verso la faccia interna della parete di questa vescica e, divenendo tosto libere nella sua cavità, esse vi continuano il loro accrescimento o la loro proliferazione. Questa *migrazione centripeta* delle vesciche secondarie caratterizza la *proliferazione* detta *per germoglio endogeno*, speciale all'uomo ed alle cisti idatiche propriamente dette. Può darsi il caso che la migrazione sia *centrifuga*, il germoglio è allora *esogeno* e corrisponde senza dubbio alla genesi della varietà cistica speciale descritta sotto il nome di cisti idatiche alveolari. È necessario altresì sapere che le vesciche dette secondarie hanno forse altri luoghi d'origine che non sia lo spessore della cuticola della vescica madre. Certi autori pensano difatti ch'esse possano risultare sia dalla trasformazione cistica delle vescicole proligere, ed il fatto è ammissibile, sia ugualmente dalla trasformazione cistica delle teste di tenia; ma quest'ultimo modo di formazione sembra assai più ipotetico.

Il *modo sterile* è assai più semplice del precedente. Difatti, la parte della vescica proligera più non esiste; non si tratta più di teste di tenia aventi origine a spese della membrana fertile, e tutto si limita alla produzione successiva delle vescicole figlie e delle figlie di queste, ecc. ecc., che sono d'origine cuticolare e si moltiplicano indefinitamente per *proliferazione endogena.*

In quanto al *modo misto,* è facile comprenderne, coi particolari precedenti, i principali caratteri. In questo modo, che è frequente, l'*idatide madre* risultante dall'idropisia dell'embrione exacante, s'accresce sul posto e si sviluppa per la proliferazione endogena delle vescicole secondarie che sono o fertili o sterili, e di cui ciascuna si fa a sua volta teatro di simili fenomeni. La proporzione delle vescicole fertili e delle vesciche sterili è variabile, e nel caso di generazioni vescicolari assai numerose, le vescicole secondarie restano quasi sempre allo stato di acefalocisti, ma per quanto ciò sia eccezionale, non bisogna però dimenticare che la sterilità non è qui così costante come si vorrebbe pretendere.

L'ultimo punto che mi resta a notare per terminare questo studio eziologico, prova ognor più l'interesse di queste nozioni generali sopra i modi di migrazione e sopra queste modificazioni evolutive dell'embrione exacante. Io voglio parlare dello intervento che molti autori accordano al *traumatismo* nella *localizzazione* delle cisti idatiche e della perfetta concordanza che esiste tra questo dato clinico e la teoria del trasporto degli embrioni exacanti per mezzo del sangue. Questa influenza localizzatrice del traumatismo è stata sopra tutto studiata a proposito delle cisti idatiche muscolari. Le ricerche di Boncour (1), Danlos (2), Schwartz (3) e Marguet (4),

(1) BONCOUR. Tesi di laurea. Parigi 1878.
(2) DANLOS. Tesi di laurea. Parigi 1879.
(3) SCHWARTZ, *Traumatisme et kystes hydatiques* negli *Arch. gén. de Méd.*, maggio 1884, pag. 605.
(4) MARGUET, *Kystes hydatiques des muscles*. Tesi di laurea. Parigi 1888.

fanno comprendere assai bene come gli embrioni exacanti trascinati dal sangue possano spandersi con esso nei tessuti sotto l'influenza di un traumatisma qualunque e svilupparsi in seguito sul posto. Io stesso (1) ho pubblicato un esempio assai dimostrativo sotto questo punto di vista. Nel caso particolare del fegato non è meno soddisfacente accettare l'intervento localizzatore del traumatismo. Senza dubbio, si è forse esagerata l'influenza di questo fattore eziologico ed è, a mio parere, pura ipotesi il ripetere con Danlos e Marguet, che la semplice flussione traumatica determini un *locus minoris resistentiae* che favorisce la fissazione del germe, o di credere con Duvernoy (2) che l'uso del busto possa spiegare una maggiore frequenza delle cisti idatiche del fegato nella donna. Per contro questo medesimo autore è nel vero quando trova nelle ecchimosi o negli spandimenti sanguigni della contusione del fegato la ragione delle cisti idatiche la cui origine sembra coincidere con un traumatisma della regione. Molti chirurghi, come Tillaux (3), sono del resto molto espliciti a questo riguardo. Ma ciò non è tutto, e l'ufficio del traumatisma è certe volte differente. Kirmisson (4) l'ha dimostrato pubblicando l'osservazione significativa d'una « cisti del fegato apparsa improvvisamente in un giovane di ventiquattro anni in seguito ad un violento calcio di cavallo ». Il traumatisma esercita dunque la sua influenza in due modi: esso agisce difatti sia determinando la *localizzazione* dell'embrione exacante, sia imprimendo un *nuovo impulso* all'evoluzione d'una cisti idatica preesistente, o ignorata o conosciuta.

Anatomia patologica. — La *sede* delle cisti idatiche è variabile. Si trovano dappertutto, nel lobo destro come nel lobo sinistro, nella faccia superiore come al centro o nella faccia inferiore. Tuttavia devesi dire che abitualmente esse si sviluppano al centro dell'organo ed è in ragione del loro accrescimento ch'esse vengono a fare sporgenza al disotto della capsula di Glisson in un punto qualunque della superficie del fegato. Queste differenti localizzazioni permettono di dividere le cisti idatiche del fegato in quattro gruppi principali. Le cisti del primo gruppo (cisti antero-superiori o cisti centrali) restano intra-epatiche e sono poco importanti durante tutta la durata del loro sviluppo. Noi le vedremo respingere la parete toracica, distendere gli spazî intercostali e sporgere a livello della regione epigastrica. Le cisti del secondo gruppo (cisti postero-superiori o sottodiaframmatiche) si sviluppano dalla parte del torace, e, fatto curioso, esse possono respingere il diaframma al punto di elevarsi, per esempio, sino alla terza costa senza che il fegato sia per ciò notevolmente abbassato al disotto dell'orlo delle false coste. Le cisti del terzo e del quarto gruppo (cisti postero-inferiori ed antero-inferiori) hanno al contrario per carattere distintivo quello di svilupparsi dalla parte della cavità addominale. Le une (cisti postero-inferiori) rimangono in certo modo appoggiate contro la parete addominale posteriore nella stessa guisa dei tumori renali. Le altre (cisti antero-inferiori) vengono a fare sporgenza verso le parti anteriori

(1) A. Segond, *Progrès méd.*, 1879, n. 26, pag. 497.
(2) Duvernoy, Tesi di laurea. Parigi 1879.
(3) Tillaux, *Traité de Chirurgie clinique*, t. II, pag. 109.
(4) Kirmisson, *Arch. gén. de Méd.*, novembre 1883, pag. 513.

della faccia inferiore, come le precedenti. Esse si enucleano dalla sostanza epatica ed è sotto la forma di cisti peduncolate ch'esse invadono la cavità addominale. Noi vedremo più tardi come l'una o l'altra di queste localizzazioni possano influire sulla fisionomia clinica della malattia o modificare le indicazioni terapeutiche, e spero che si riconoscerà il beneficio di questa divisione in quattro gruppi.

Il *volume* delle cisti idatiche può essere considerevole, ed i tumori che riempiono la totalità dell'addome allo stesso modo delle più grosse cisti ovariche non sono punto rari. In generale la cisti è unica; tuttavia a questa regola vi sono molte eccezioni, e noi vedremo l'influenza che questa possibile moltiplicità delle cisti idatiche può avere sul pronostico dei nostri interventi chirurgici.

Allorquando si incide una cisti idatica di un certo volume allo stato di completo sviluppo, due casi possono presentarsi. Talvolta la cisti è ancora nascosta in seno alla ghiandola epatica; talvolta essa è per così dire fuoruscita dal parenchima e non è più ricoperta che da una sottile lamina di tessuto epatico più o meno atrofizzato. Può anche darsi che l'enucleazione sia completa, e che non vi resti più traccia di tessuto epatico alla superficie della cisti, fuorchè al livello del suo peduncolo. Sia che il coltello debba o non attraversare uno strato più o meno spesso di tessuto epatico, i caratteri del tumore non si sono punto modificati; in tutti i casi la sua incisione dimostra ch'esso è essenzialmente costituito: 1° *Dallo strato avventizio connettivo* che noi abbiamo visto aver origine al momento dell'incistidamento dell'embrione exacante; 2° *Dalla vescica madre,* la cui superficie esterna è strettamente applicata contro lo strato precedente; 3° *Dal contenuto* variabile di questa vescica madre.

L'*involucro connettivo* che avvolge la vescica madre è tanto più spesso quanto la cisti è più voluminosa e più antica. Esso può raggiungere sino a $^1/_2$ centimetro e più di spessore; è assai vascolare e resistente; l'osservazione comune dimostra infine come la sua faccia esterna si continui col tessuto epatico al quale esso aderisce intimamente. Come dice assai bene Rendu: « la transizione non è netta tra l'involucro fibroso ed il parenchima. Sopra un certo tratto si constatano delle modificazioni anatomiche dinotanti un certo grado d'irritazione subacuta. I vasi sono molto più abbondanti; il tessuto connettivo interlobulare è poco sviluppato; in qualche punto esso è infiltrato da nuclei embrionari; tutti fenomeni che indicano l'epatite interstiziale ». Questa vascolarizzazione pericistica e questa stretta unione dell'involucro d'incistidamento del tessuto epatico sono due caratteri anatomo-patologici di cui ho parecchie volte verificato la realtà, e mi riservo d'insistere sulla loro importanza parlando delle operazioni di cui le cisti idatiche sono oggetto. Come una rara particolarità notiamo qui che in certi casi a decorso molto rapido, l'epatite pericistica può passare allo stato acuto e restare suppurativa allorquando la cisti stessa non contiene alcuna traccia di pus. Ducastel (1) ha pubblicato un esempio di questa curiosa disposizione veramente degna di essere notata.

La *vescica madre* ci è nota. Io non ritornerò dunque sul suo aspetto gelatinoso nè sulle sue stratificazioni in lamine biancastre sovrapposte.

---

(1) Ducastel, *Bull. de la Soc. Anat.,* 1869, pag. 149.

In quanto al *contenuto*, esso varia col modo di proliferazione dell'idatide primitiva. Eccezionalmente la vescica madre è distesa dal suo liquido caratteristico senza contenere la menoma vescichetta. Ma soventi volte si vede galleggiare nel liquido un numero più o meno considerevole di vescichette che sono loro stesse piene di sierosità. In breve, si può a questo riguardo osservare tutti gli stati intermediari tra le cisti a vescica madre unica e quelle che sono letteralmente ripiene di vesciche secondarie. Nelle cisti enormi queste si sono contate a migliaia. Quando un numero più o meno grande di vesciche è fertile, è frequente vedere accumularsi verso le parti più basse della cisti una specie di polvere biancastra formata dagli scolici degli echinococchi; ma allorquando le vesciche sono tutte sterili, ciò che non è punto raro, gli uncini caratteristici non si ritrovano nel liquido ed è precisamente quest'assenza di uncini che aveva indotto Laënnec a fare delle acefalocisti una specie a parte. Checchè sia di queste variazioni nel numero o nella costituzione delle idatidi, il liquido che esse contengono presenta sempre dei caratteri identici e per così dire patognomonici. Chiaro e trasparente come acqua di roccia o talvolta leggermente opalino, esso è ordinariamente neutro od alcalino. La sua densità varia da 1009 a 1005. È particolarmente ricco di cloruri, in certi casi vi si trova dello zucchero, come Cl. Bernard ha per la prima volta dimostrato, e, contrariamente alla maggior parte degli umori normali dell'economia, non contiene albumina, o per meglio dire non ne contiene che delle traccie. Quest'assenza quasi completa d'albumina sarebbe dovuta, secondo Gubler (1), a ciò che gli echinococchi vivono a spese delle materie albuminoidi della sierosità ch'essi assorbono a misura del loro sviluppo, e ciò che tende a provarlo si è che in caso di morte degli echinococchi il liquido diviene tosto albuminoso.

E dunque necessario ammettere con Mourson e Schlagdenhauffen (2) che a *certe epoche* le idatidi segregano coi loro rifiuti organici delle *ptomaine* che sarebbero la causa dei fenomeni tossici come l'orticaria, sovente osservati nell'uomo allorquando il liquido idatideo viene a spandersi nel peritoneo? Il fatto è verosimile, e l'opinione di Moursou e Schlagdenhauffen sembra abbia trovata la sua prima conferma nelle esperienze e nelle ricerche di Debove sopra il carattere tossico dell'orticaria idatidea (3) e dei fenomeni dispnoici (4) talvolta consecutivi alla puntura aspiratrice. Achard (5) giunge a conclusioni analoghe, e per lui la teoria dell'intossicazione non s'applica solamente all'orticaria ed ai fatti come la dispnea, lo stato sincopale, le nausee, i vomiti, la peritonite od il collasso, ma trova ancora la sua giustificazione per spiegare in tutto od in parte i casi oscuri di morte improvvisa o assai rapida dopo la puntura (6). È necessario

(1) Gubler, *Soc. méd. des hôp.*, marzo 1868.

(2) Mourson et Schlagdenhauffen, *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences,* ottobre 1882, pag. 791.

(3) Debove, *Académie des Sciences*, 19 dicembre 1887; vedasi *Bull. méd.*, 1887, pag. 1364.

(4) Debove, *Soc. méd. des hôp.*, 8 marzo 1888; vedasi *Bull. méd.*, 1888, pag. 393.

(5) Achard, *De l'intoxication hydatique*, negli *Arch. gén. de Méd.*, ottobre 1888, pagg. 411 e 572.

(6) Le recenti ricerche di L. Viron parlano nel medesimo senso. Esse dimostrano che nei montoni il liquido idatideo può contenere « una sostanza albuminoide speciale che si avvicina alle tossi-albumine per le sue reazioni chimiche e la sua azione fisiologica ».

pertanto sapere che la potenza tossica del liquido idatideo non è costante. Le esperienze negative di Kirmisson (1) ne sono la prova. Del resto Mourson e Schlagdenhauffen non sono assoluti, ed ecco come Achard riassume il modo di vedere di questi due autori: il massimo d'abbondanza delle ptomaine corrisponderebbe ai periodi di riproduzione delle vescicole, il minimo ai periodi di arresto di questa generazione. Secondo le fasi alternative d'attività e di riposo, il liquido sarebbe talvolta chiaro, purissimo, albuminoso (ed inoffensivo), talvolta torbido, carico di sostanze organiche (e assai tossico). Così la presenza delle materie albuminoidi caratterizzerebbe non solamente più la morte delle idatidi, ma, come si disse, potrebbe ancora indicare l'attività riproduttiva dell'entozoario.

Se la potenza tossica normale del liquido idatideo sembra verosimile in certi casi, è per contro chiaramente dimostrato che questo liquido, quando è normale e chiaro, non contiene il minimo microorganismo, la sua asepsi è in una parola perfetta. Questa nozione si è clinicamente imposta dal giorno in cui i fatti pubblicati da Finsen (2) e dagli osservatori (3) che lo seguirono hanno dimostrato l'inesattezza dell'antica opinione, secondo la quale, qualunque spandimento peritoneale del liquido idatideo provocherebbe fatalmente una peritonite mortale. In mancanza di prove cliniche, il risultato delle esperienze di Kirmisson già citate e di quelle di Korach (4) basterebbe alla dimostrazione. In mano di questi due osservatori, le iniezioni peritoneali del liquido idatideo praticate in conigli od in cani, non provocarono reazione peritoneale. Tosto l'accordo si è fatto e ognuno sa ora che se la rottura intraperitoneale delle cisti idatiche non suppurate può provocare dei fenomeni secondari d'ordine tossico, non ne provoca giammai d'ordine infettivo. Questa preziosa constatazione della clinica trova la sua conferma nelle recenti ricerche di A. Chauffard e T. Widal « sui processi infettivi e dialitici nelle cisti idatiche del fegato » (5). Ecco quali sono difatti le conclusioni del loro lavoro: 1° Asepsi perfetta del liquido idatico, acqua di roccia; 2° Potere battericolo dello stesso liquido per i differenti microbii sperimentali; 3° Impermeabilità assoluta della membrana idatica a contatto dei microbii che essa arresta come un filtro perfetto; 4° Proprietà dialitica di questa membrana per le sostanze cristalloidi, per le colloidi, e per le sostanze solubili d'origine microbica; 5° Infezione sempre secondaria della cavità cistica e molteplicità dei germi che possono concorrervi; 6° Debole virulenza, almeno in certi casi, del pus idatico, spiegata dall'assenza possibile ed anche provata in questo medesimo pus di germi piogeni. Il valore del lavoro di Chauffard e Widal è, come si vede, grandissimo, ma pel momento io mi limito a rilevare la dimostrazione di questo dato fondamentale: *l'asepsi rigorosa del liquido chiaro delle cisti idatiche.*

Ciò detto, noi dobbiamo studiare le modificazioni anatomo-patologiche, che si producono allorquando sopravviene una delle tre principali eventualità cui tosto

(1) Kirmisson, *Gaz. hebd.*, 1882, pag. 819 e *Arch. gén. de Méd.*, 1883, pag. 520.

(2) J. Finsen, *Les échinocoques en Islande* (traduzione dall'originale danese). *Arch. générales de Méd.*, 1869, t. I, pagg. 23 e 191.

(3) Mauny. Tesi di laurea. Parigi 1890.

(4) Korach, *Berl. klin. Wochen.*, 14 maggio 1882, pag. 302.

(5) Chauffard et Widal, *Bull. méd.*, 1891, pag. 377.

o tardi l'evoluzione delle cisti quasi sempre mette capo. Io voglio parlare della morte delle idatidi, della suppurazione della cisti, e della sua rottura con consecutiva comunicazione della borsa, sia con l'aria esteriore, sia con alcuno degli organi vicini al fegato.

La morte delle idatidi può, si dice, riconoscere tre cause principali: la *compressione*, la *inanizione* e l'*avvelenamento*.

La *morte per compressione* si osserva quando la parete cistica è a tal punto spessa o calcificata, ch'essa perde tutta la sua distendibilità. La vescica madre, così compressa da ogni parte, non può più accrescersi o prolificare ed è come soffocata. La morte per *inanizione* succede all'infiammazione traumatica o spontanea della membrana fertile. Essa è evidentemente assai oscura in quanto alle sue cause primitive, ma il suo meccanismo è semplice. Lo stato infiammatorio ammesso basta difatti per modificare gli scambi osmotici che si operano attraverso l'involucro della cisti e gli echinococchi muoiono di inanizione. Secondo l'osservazione di Rendu « essa è fra le eventualità che possono prodursi la più favorevole, e un gran numero di casi di guarigione spontanea delle cisti idatiche hanno luogo verosimilmente per questo meccanismo ».

La morte delle idatidi per mescolanza della bile col liquido della cisti è alla sua volta di facile interpretazione. Il fatto è conosciuto da lungo tempo (Cruveilhier e Budd), e le nostre conoscenze attuali sulle proprietà tossiche dei sali biliari e della bilirubina ci dimostrano come in questo caso si tratti d'un vero avvelenamento. Se fosse permesso ragionare per analogia, si potrebbe ancora aggiungere che l'avvelenamento deve essere singolarmente rapido. Noi sappiamo difatti dall'insegnamento del professore Bouchard (1) che bastano da 4 a 6 centimetri cubi di bile per uccidere un chilogramma d'essere vivente, e che la bilirubina in particolare, dieci volte più tossica dei sali biliari, uccide alla dose di 5 centigrammi per ogni chilogramma di coniglio (Bouchard e Tapret). È dunque probabile che per le idatidi simile veleno debba provocare repentinamente la morte, a condizione però che una fessura della vescica permetta alla bile di penetrare nel suo interno. Senza ciò l'avvelenamento può molte volte mancare. Berthaut (2), dimostrando l'importanza di questa restrizione, ha giustamente osservato che « la penetrazione della bile in una sacca contenente un'idatide senza che il liquido giunga nell'interno stesso della vescica, non apporta fatalmente la morte del parassita ». E la cosa è provata da ciò che si sono trovati dei tumori idatici del fegato attraversati da lungo tempo dalla bile senza che tutte le vesciche fossero distrutte. In quanto alle pretese proprietà antisettiche della bile, è certo che non se ne deve tener conto per questa ragione semplicissima che è assai frequente di trovare delle cisti idatiche piene di bile e di pus e che in un gran numero di circostanze la comunicazione biliare d'una cisti idatica può produrre delle conseguenze assai gravi dal punto di vista delle migrazioni infettive d'origine intestinale.

---

(1) Bouchard, *Leçons sur les auto-intoxications* (lezione del 16 giugno 1885). Parigi 1887, pag. 239.

(2) Berthaut, Tesi di laurea. Parigi 1883.

Comunque sia la cosa, molti fatti osservati attentamente dimostrano tuttavia che la penetrazione della bile in una cisti idatica produce spesso la morte per avvelenamento delle idatidi, e questo è un fatto importante da ritenere. In quanto al processo che favorisce la penetrazione della bile nella cavità cistica, esso offre senza dubbio le due modalità descritte da Rendu. In certi casi è la disposizione del tumore che provoca, per compressione del canale coledoco, per esempio, una ritenzione biliare più o meno completa con tutti i fenomeni dell'angiocolite consecutiva. In altre circostanze l'evoluzione del tumore ne è la sola causa, ed è pel fatto del suo sviluppo ch'esso ulcera i condotti che serpeggiano nella sua vicinanza ed il cui contenuto si spande nella borsa cistica. Come ultima osservazione relativa alla potenza tossica della bile, devesi osservare con Rendu che la presenza della bile essendo incompatibile colla vita delle idatidi, è difficile ammettere che una cisti possa, come ha preteso qualche autore, svilupparsi primitivamente nell'interno delle vie biliari per penetrazione d'un embrione exacante nel canale coledoco.

Allorquando l'idatide muore in conseguenza dell'una o dell'altra delle circostanze precedenti, essa può subire una serie di modificazioni regressive che la riducono allo stato di corpo estraneo incistidato quasi inoffensivo. Queste modificazioni sono relative al tumore stesso (parete e contenuto) ed al parenchima circostante (Rendu). Il liquido diviene albuminoso, perde la sua trasparenza e si assorbe più o meno completamente. Per contro gli elementi solidi (avanzi di echinococchi, di cui l'involucro e gli uncini resistono per lungo tempo alla distruzione, sali di calce e globuli adiposi) s'accumulano e s'agglomerano in una specie di mastice caseoso, spesso colorato in giallo d'ocra dalla bile. Non è punto raro anche di ritrovare in questa massa dei cristalli d'ematoidina e di colesterina. A sua volta la sacca subisce delle alterazioni notevoli. Essa si increspa, si contrae, si condensa e può a lungo andare acquistare una consistenza fibro-cartilaginosa, infiltrarsi di sali calcarei e subire una specie di pietrificazione, quasi una ossificazione. In un caso riferito da Cornil e Ranvier, esistevano alla superficie della cisti degli isolotti di tessuto duro contenente depositi ossei, tessuto midollare e vasi. Quest'esempio sembra tuttavia unico, e d'ordinario la pietrificazione si limita semplicemente alla formazione di un guscio formato da lamine calcaree sovrapposte e riunite da tessuto fibroso (1). I grani d'ematoidina che si trovano in seno alle cisti così modificate sono stati dapprima considerati come il residuo di versamenti sanguigni intracistici. Ma dopo le esperienze d'Habran (2), si sa ch'essi sono realmente d'origine biliare. Eccoci ora alle modificazioni consecutive alla suppurazione della cisti.

La suppurazione può sorprendere la cisti in due stadii. Talvolta essa ha già subìto in un modo più o meno completo le trasformazioni regressive di cui abbiamo parlato; talvolta essa è in piena attività d'evoluzione, il suo liquido è chiaro e le sue idatidi viventi. Nelle due circostanze l'epatite suppurata pericistica è sempre il primo passo del processo suppurativo, ma il suo valore quantitativo, se così posso

(1) Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique*, pag. 337.

(2) Habran, *De la bile et de l'hématurie dans les kystes hydatiques du foie*. Tesi di laurea. Parigi 1869.

dire, non è sempre il medesimo. Nel primo caso l'epatite pericistica non è solamente, come ha detto assai bene Rendu, la lesione iniziale, essa resta la lesione fondamentale; è il parenchima che suppura, e gli avanzi dell'antica cisti non fanno che mescolarsi al pus di un ascesso del fegato propriamente detto, avente origine ed evoluzione come tutte le raccolte della stessa natura. Nel secondo caso, al contrario, l'epatite pericistica resta la condizione generatrice indispensabile e principale della complicazione, ma essa diviene in seguito accessoria. La cavità cistica a contenuto vivente è allo stato di focolaio sano e chiuso allorquando essa è invasa dalla suppurazione; è insomma la cisti stessa che costituisce l'ascesso. In queste condizioni la patogenesi precisa dei fenomeni presenta, si capisce, certe oscurità. Nondimeno comincia a farsi la luce su queste questioni delicate, e, mercè gli studi recenti di Chauffard e Widal, ci sono dati gli elementi d'una interpretazione più soddisfacente. Avendoci in fatto questi due osservatori dimostrato come la vescicola idatica, quando è intatta, oppone ai microrganismi una barriera insormontabile, ne risulta che solo una fessura della vescica madre può permettere l'infezione, e che la suppurazione d'una cisti fino allora chiusa e vivente è sempre un fatto secondario, estraneo alla biologia dell'idatide. In quanto alla sorgente primitiva della complicazione, devesi ricercarla nell'esistenza d'una epatite pericistica microbica, che provoca la moltiplicazione dei germi nella parete connettiva d'incistidamento. La fessura della vescicola idatica viene in seguito, e lascia adito ai microbii piogeni. Questa concezione non è solamente teorica e noi sappiamo diggià dalle osservazioni di Letulle, Vaquez e Danin (1) che lo streptococco, lo stafilococco ed anche il pneumococco possono essere i microbii imputabili. Le vie ch'essi seguono ci sono conosciute pel nostro studio patogenico degli ascessi del fegato in generale e, se la via biliare deve essere incriminata come pensa E. Dupré, Letulle (2) ci ha dato un bellissimo esempio d'infezione per via sanguigna pubblicando la curiosa osservazione d'una suppurazione cistica del fegato consecutiva ad un flemmone putrido sotto-tonsillare della parte destra. In riassunto, l'esistenza simultanea d'una epatite pericistica microbica e d'una fessura della vescicola sembrano essere le due condizioni necessarie ed indispensabili della suppurazione delle cisti idatiche e, quantunque il pus di queste cisti idatiche suppurate si mostri talvolta tanto sterile quanto quello di certi ascessi del fegato, quantunque questa eventualità dia a riflettere nell'uno come nell'altro caso, ciò nondimeno la dottrina del parassitismo non può ammettere qui discordia di pareri (3).

Ad ogni modo quando le cisti idatiche sono così invase dalla suppurazione, esse si presentano sotto la forma di vaste cavità purulente a pareti regolari come la cisti che loro ha dato origine, il cui contenuto è rappresentato da una quantità spesse volte considerevole di sierosità purulenta o di vero pus tinto o no dalla bile. In seno al liquido galleggiano delle vescicole più o meno numerose, scoppiate, increspate, floscie e talvolta tinte in giallo dalla bile. Tuttavia non è punto raro il vedere un certo numero d'idatidi che conservano in mezzo al pus il loro liquido

---

(1) Danin. Tesi di laurea. Parigi !891.

(2) Letulle et Vaquez, *Bull. de la Soc. Anat.*, 8 giugno 1888.

(3) Raffi, *Pathogénie clinique de la suppuration des kystes du foie.* Tesi di laurea. Parigi 1891.

chiaro come in condizioni normali, e questo fatto è, come notano Chauffard e Widal, una delle prove migliori che si possano dare dell' impenetrabilità della membrana idatica a contatto dei microrganismi del pus. La possibilità di ritrovare assieme una cisti vivente e una cisti suppurata è una prova della medesima importanza. Così trasformata, l'antica cisti è insomma un ascesso, e la sua evoluzione ulteriore seguirà oramai le leggi che reggono gli stadii di tutti gli ascessi del fegato. Essa s'ingrossa e s'apre sia all'esterno, sia negli organi vicini al fegato.

Assieme a quest'apertura della cisti per suppurazione, noi dobbiamo considerare ciò che accade allorquando la trasformazione della cisti in focolaio aperto si fa senza suppurazione antecedente. Due casi possono allora presentarsi: talvolta la cisti, libera da ogni aderenza periferica, si rompe pel solo fatto del suo accrescimento o sotto l'influenza di un traumatismo qualunque, ed il contenuto si spande nel peritoneo od anche nella pleura, in caso di estremo assottigliamento del diaframma; talvolta la cisti ha contratto delle aderenze con un organo vicino, come l'intestino od il polmone, la rottura si fa allora nel limite stesso di queste aderenze ed il tumore si svuota nell'interno del tubo digerente o dei bronchi. In quest'ultimo caso vedonsi ancora svolgere tutti i disordini della suppurazione; ma questa cambia di significato; essa non è più la causa dell'apertura della cisti, ne è la conseguenza. Le cisti del fegato, a guisa di tutte le raccolte liquide di questo viscere e per le stesse ragioni anatomiche, possono aprirsi sia all'esterno, sia nel peritoneo, nella pleura, od anche nel pericardio, sia in uno dei visceri vicini al fegato (tubo digestivo o bronchi), sia nelle vie biliari, sia ancora nell'apparecchio circolatorio (rami della vena porta o vena cava). Io non faccio che accennare queste diverse eventualità che ritroveremo a proposito dei sintomi, e mi limito a notare le nuove condizioni d'infezione che sono così create. I casi di comunicazione con l'apparecchio circolatorio sono un poco speciali e forse possono dare luogo ai fenomeni d'intossicazione idatica studiata da Debove e Achard. Secondo questi due autori, l'osservazione comunicata dal professore Bouchard ne sarebbe una prova significativa. In questo caso, dopo avere impiegato il metodo di Récamier, « si arrivò ad una cisti di piccolo volume dalla quale si ritirò qualche cucchiaiata di liquido idatico. Poi il trequarti spinto più profondamente aprì un ramo della vena porta che diede un getto di sangue; ne risultò un'eruzione d'orticaria. Ad ogni modo ciò che ora sappiamo su tale questione si riduce a documenti poco numerosi. La morte rapida per apertura delle idatidi nella vena cava è una curiosità clinica, ed i fatti di comunicazione coi rami della vena porta o dell' arteria epatica (1) sono anche assai eccezionali. Come dice Rendu, in fatto di lesione vascolare ciò che si osserva sopra tutto in vicinanza delle cisti idatiche sono delle trombosi o delle vere flebiti suppurate, ed il solo fatto che conviene ritenere in tal caso è la gravità del pronostico. L'infezione purulenta è difatti la conseguenza ordinaria di queste comunicazioni vascolari.

Le altre varietà d'apertura delle cisti idatiche sono per contro assai frequenti, e lasciando per ora da parte il caso di rottura delle cisti idatiche nel peritoneo, nella pleura e nel pericardio, egli è evidente che allorquando una cisti idatica si

---

(1) Dolbeau, *Soc. Anat.*, 1857.

apre largamente nell'intestino, nell'esofago o nel polmone, tutte le condizioni si trovano riunite per favorire l'infezione rapida del focolaio. L'evacuazione delle idatidi per le vie biliari è capace di portare gli stessi inconvenienti. In questo caso (1) è difatti evidente che le vie biliari dilatate e aperte offrono una larga via « alle migrazioni infettive che partono dall'intestino, focolaio settico, per arrivare alla cavità della cisti rotta nelle vie biliari, focolaio malato ed a ciò preparato. Questo focolaio può essere paragonato a quello di una frattura, che da semplice e chiusa, diviene in seguito aperta e complicata » (2).

In quanto al meccanismo di queste diverse aperture, esso offre le due modalità a cui ho accennato. Le cisti che si svolgono verso la cavità toracica respingono, assottigliano ed ulcerano il diaframma. Essendo questo lavoro ulcerativo stato quasi sempre preceduto da una infiammazione adesiva, « ne risulta che il contenuto della cisti cade raramente nella cavità pleurale e che la base del polmone costituisce la parete normale del tumore. L'ulcerazione non tarda ad arrivare al tessuto polmonare e la cisti viene allora ad aprirsi in uno dei bronchi. Si forma, in questo caso, sia un tragitto fistoloso con indurimento del polmone attorno alla fistola, sia una vasta caverna a pareti ulcerate e spesse volte gangrenose quando la bile è mescolata al liquido idatico » (Rendu). Lo stesso processo può portare le cisti verso la base del polmone sinistro (3), il pericardio, l'esofago (4), la cavità addominale o la pelle. Nelle aperture verso il cavo addominale si tratta talvolta « di cisti divenute assai superficiali e rompentisi sotto l'influenza di una causa esteriore, dando luogo alla peritonite in genere; talvolta di cisti aperte negli organi vicini, precedentemente uniti al fegato per aderenze infiammatorie; è il colon che più sovente comunica col tumore » (Rendu). Si comprende infine come le aperture verso l'esterno si facciano per l'intermezzo di un tumore flemmonoso.

Sintomi. — Le idatidi si depositano in modo subdolo nel parenchima epatico, e clinicamente la maggior parte delle cisti di piccolo volume restano quasi sempre sconosciute. Si trovano praticando le autopsie. Sembra anche ve ne siano di quelle che nascono, crescono, muoiono senza avere giammai rivelata la loro esistenza. Si può ancora dire che uno dei caratteri fondamentali di questa affezione è quello di rimanere durante un lunghissimo periodo di tempo compatibile con una perfetta salute e di non possedere una vera sintomatologia che dal giorno in cui il volume del tumore ha modificato l'aspetto della ghiandola. Ci sono tuttavia delle eccezioni. Certi malati si lagnano di un malessere mal definito con senso di pesantezza o di *tensione epigastrica*. La *tosse epatica* ed il *dolore della spalla* si rivelano qualche volta, ed allorquando si forma un po' di peri-epatite, si può nello stesso tempo rilevare i sintomi di una *pleurite secca* della base od anche di un versamento pleurico con tendenza più o meno frequente alla palpitazione, all'oppressione ed al soffocamento. Certi malati sembrano predisposti alle emorragie, come epistassi

---

(1) E. Dupré, *Gaz. des hôp.*, 1891, pag. 381. — Murchinson, loc. cit. e Berthaut, loc. cit.
(2) E. Dupré, loc. cit., pag. 101.
(3) Latham, *The Lancet*, agosto 1873.
(4) De Gaulyac, *Bull. de la Soc. Anat.*, 1863, pag. 133.

o metrorragie. Molti clinici insistono infine sopra la relativa frequenza e specialmente sopra la bizzarria dei disordini dispeptici. Dieulafoy, per esempio, ha rilevato in qualche soggetto un disgusto particolare per le materie grasse, e Bouilly parla di un'ammalata alla quale ciascun pasto provocava una intensa diarrea. Vi è ancora un ultimo sintoma, forse più caratteristico, sopra il quale Dieulafoy (1) ha pel primo attirato l'attenzione. Voglio parlare della comparsa ripetuta e non motivata d'una *eruzione d'orticaria* più o meno intensa. In quanto all'ittero, esso è di un'eccessiva varietà.

Tutti questi sintomi d'ordine mèdico sono, lo ripeto, rari, e per lo più il primo fatto che desta l'attenzione è la constatazione d'un tumore epatico. Questo si rivela per mezzo di caratteri che variano assai secondo la sede del tumore.

Allorquando le cisti appartengono al gruppo delle cisti antero-superiori o centrali, il fegato, nel quale esse si sono incastrate, ingrossa con esse ed assai presto la semplice ispezione della regione fa constatare sia una sporgenza epigastrica, sia un sollevamento della parete toracica con allargamento degli spazi intercostali. Questi primi indizi sono d'altronde corroborati dalla percussione e dalla palpazione sottocostale, cosicchè si impone la diagnosi di aumento di volume del fegato. Ma ciò non è tutto, e nel maggior numero dei casi la tumescenza e l'ipertrofia offrono sin dal principio certe particolarità significative. Mentre la maggior parte delle affezioni che sono accompagnate da ipertrofia del fegato si rivelano con un distendimento regolare e con un sollevamento uniforme della regione, la tumescenza in caso di cisti idatica è differente. Essa è globosa e, quantunque siano possibili tutte le deformazioni, si può dire ch'essa si manifesta abitualmente con una *sporgenza sessile e circoscritta*. Aggiungiamo che non è punto difficile constatare con i metodi opportuni degli sfregamenti peritoneali, rivelatori d'una periepatite più o meno estesa.

La *consistenza* della tumefazione è a sua volta degna di attenzione. Si è detto ch'essa poteva essere *fluttuante*, ed il fatto è possibile; ma la vera fluttuazione non è per questo meno eccezionale. Ciò che si sente abitualmente è una *renitenza speciale*, che spicca per la sua elasticità sulla durezza delle parti vicine, ma che spesse volte presenta essa stessa una *durezza assai particolare*. Il professore Trélat insisteva molto su questo punto. Questi caratteri possono ritrovarsi nelle cisti idatiche sotto-diaframmatiche quando sono parzialmente accessibili per mezzo della palpazione epigastrica, ma si capisce benissimo come la cosa sia assai differente, quando il tumore si sviluppa dalla parte del torace senza abbassamento del fegato. Qui l'ispezione potrà, senza dubbio, rivelare ancora un certo allargamento della parete toracica, ma gli indizi riguardanti la forma o la consistenza del tumore mancheranno certamente, e tutto si riassumerà nei sintomi della percussione e dell'ascoltazione, che attestano il respingimento dei polmoni e l'elevazione più o meno considerevole del limite superiore della ottusità epatica. Nelle cisti postero-inferiori ed antero-inferiori la palpazione riprende per contro tutto il suo valore. Le cisti di queste due varietà sono difatti dei veri tumori addominali di cui è facilissimo apprezzare i contorni, la forma, la sede, la mobilità o la consistenza, alla

(1) Dieulafoy, *Des kystes hydatiques et leur traitement* (*Gaz. hebd.*, 1877).

condizione però ch'essi non abbiano ancora preso uno sviluppo tanto considerevole da creare le difficoltà d'analisi clinica proprie a tutti i grossi tumori cistici addominali.

Ogni qualvolta una cisti idatica è nettamente accessibile alla palpazione, la sua percussione può dar luogo ad una sensazione assai particolare scoperta da Blatin nel 1813 e bene studiata nel 1828 da Briançon sotto il nome di *fremito idatideo.* Per raccogliere questa sensazione, bisogna applicare dolcemente sopra il tumore le quattro dita della mano sinistra, e battere uno di essi con un piccolo colpo secco, rapido e bene staccato. La mano sinistra percepisce allora una specie di vibrazione simile a quella che darebbe un cuscino elastico sottoposto alla stessa manovra. Questo paragone suggerito da Sade (1) è quello che meglio rappresenta l'idea di questo fremito caratteristico. Si è naturalmente domandato quali potevano esserne le cause, e, se la questione non è ancora risolta, non è certamente perchè non si siano moltiplicate le interpretazioni. Io credo inutile qui discutere tutte le teorie di cui Marguet ha recentemente fatta una così compendiosa analisi; ricorderò semplicemente che due opinioni principali stanno di fronte. Secondo l'una si considera il fremito come il risultato della collisione delle vescicole figlie in un liquido in mediocre tensione. Secondo l'altra si ammette per contro che le vibrazioni siano dovute a che vien messa in giuoco l'elasticità della membrana della cisti pel colpo e per la scossa del liquido contenuto. Io sono convinto che questo ultimo modo di vedere sia il migliore, e ciò per tre ragioni: la prima si è che, per avere la sensazione del fremito, basta mettere nel cavo della nostra mano *una sola* vescicola e percuotere bruscamente il polso; io ho ripetuto molte volte questa esperienza e quasi sempre ho percepito il fremito; la seconda si è che esistono delle osservazioni di cisti a una sola vescicola madre senza vescicole figlie che hanno dato luogo al fremito idatideo (2); la terza infine si è che il fremito idatideo non è patognomonico. Come disse il professore Potain, una borsa cistica qualunque, a pareti sottilissime e distese da un liquido assai fluido, può dar luogo ad un fremito analogo, e da parte mia ho chiaramente constatato il fatto in una cisti del legamento largo che ho estirpato colla laparotomia e che, posso assicurare, non era una cisti idatica (3). Così non esito punto a conchiudere. E quantunque la teoria della collisione delle vescicole sia accettata dalla maggioranza, io resto convinto ch'essa è troppo esclusiva. Io non contesto punto la maggior frequenza del fenomeno quando le vescicole sono numerose, e trovo razionale pensare che la collisione delle idatidi possa fornire il suo contingente di vibrazioni, ma la molteplicità delle vescicole figlie non è in alcun modo indispensabile alla produzione del fenomeno. Ciò d'altronde non è punto a discapito del valore del sintoma: per disgrazia esso è assai raro e tal fatto non deve sorprendere. Perchè il fremito idatico si produca, occorre difatti, secondo la giusta osservazione di Boinet, un liquido vibrante, sufficientemente teso per trasmettere rapidamente le onde di percussione, non abbastanza per estinguerle, ed in secondo luogo una

(1) Sade, Tesi di laurea. Parigi 1876.

(2) V. Osserv. II della tesi di Potherat.

(3) Il fremito idatideo può anche riscontrarsi in un caso di versamento ascitico. Potain ne ha recentemente osservato un esempio molto chiaro.

parete elastica. Ora siccome lo strato di tessuto epatico di cui la cisti è generalmente ricoperta, non ha punto l'elasticità richiesta, ne risulta che al letto dell'ammalato ci si trova assai raramente nelle condizioni volute per percepire il fremito idatico.

Quantunque le cisti idatiche siano per moltissimo tempo compatibili con una buona salute, pure si capisce che questa immunità dello stato generale abbia i suoi limiti; e tosto o tardi, nel medesimo tempo che il tumore si accresce, i sintomi funzionali del corpo si sviluppano o si accusano. La pesantezza diviene dolorosa; la compressione meccanica del diaframma o del cuore produce un disturbo respiratorio più o meno pronunciato; la dispnea è abituale e le palpitazioni spesso molto penose. I segni della periepatite od anche della pleurite con o senza versamento entrano in scena, e ben tosto la nutrizione generale medesima è compromessa. Può anche darsi che sia dovuto alla sede della cisti un certo numero di sintomi risultanti dalla compressione dei canali biliari o dei vasi: tali sono l'ittero, l'edema degli arti inferiori, lo sviluppo esagerato delle vene porte accessorie, e l'ascite. Questi disordini da compressione sono abbastanza rari; l'ittero per esempio manca 9 volte su 10 (Harley). Ciò che domina in generale sono i disordini dispnoici e specialmente i disturbi digestivi. Questi possono divenire gravissimi; l'appetito si perde, le digestioni si fanno male, le forze diminuiscono, si manifesta dimagramento, la pelle diviene secca, arida e terrosa come in tutte le affezioni croniche del fegato, e la morte sopravviene a poco a poco come ultima fase di una cachessia ogni giorno più completa per questo solo fatto che la cisti disturba direttamente le funzioni gastro-intestinali nel medesimo tempo che condanna l'ammalato ad un riposo assoluto. Questa conseguenza è tuttavia rarissima e nella maggioranza dei casi l'intervento fortuito di una complicazione, come la suppurazione o la rottura della cisti, viene bruscamente ad imprimere una nuova fisionomia al decorso della malattia.

La suppurazione spesso provocata da un traumatismo succede talvolta, secondo il professore Verneuil e Petit (1), ad una infiammazione di parti vicine ad una pleurite, per esempio. Essa può anche non riconoscere alcuna causa apprezzabile. Si manifesta con elevazione termica, brividi ripetuti, sudori, ittero unito all'aggravarsi repentino dello stato generale. I sintomi febbrili sono qui particolarmente significativi e, come in tutte le suppurazioni epatiche, assumono talvolta il tipo remittente, talvolta il tipo intermittente. In quest'ultimo caso non è difficile vedere gli accessi durare molti giorni. Il pronostico è il medesimo che quello di qualunque ascesso del fegato, ed il male non ha per così dire che due esiti possibili: la morte per setticemia o la rottura della cisti.

Noi sappiamo d'altra parte che questa rottura della cisti può prodursi senza suppurazione antecedente, sebbene essa sia in definitiva l'esito più comune, e qualunque ne sia la causa, è da essa che quasi sempre dipendono le ultime fasi della malattia. L'epoca, alla quale si fa questa evoluzione decisiva, è variabile. A fianco delle cisti che si aprono dopo due anni, ce ne sono altre che durano

---

(1) Petit, *Pleurésie et tumeurs de l'abdomen* (*Rev. mens. de Méd. et de Chir.*, 1877, t. I, pag. 678).

sino ai quindici o venti anni. In quanto alla sede della rottura, essa offre le varietà che noi abbiamo studiato a proposito degli ascessi del fegato. Le cisti idatiche s'aprono difatti in tre direzioni differenti, verso la cavità toracica, verso l'addome o verso la pelle; e in modo generale si può dire che il contenuto delle cisti fa più spesso irruzione nei visceri che nelle cavità sierose o verso la pelle. Dalle statistiche di Davaine e di Frerichs si trovano, per esempio, 23 casi di comunicazione bronchiale contro 10 casi di comunicazione pleurica, o 23 casi di rottura nel tubo digestivo contro 10 casi di rottura intraperitoneale.

A. *Migrazione toracica.* — L'apertura toracica delle cisti idatiche si fa nei *bronchi*, nella *pleura*, o nel *pericardio*. Le comunicazioni pericardiche, sempre mortali ben inteso, non sono altro che curiosità cliniche. La rottura d'una cisti idatica nella pleura senza partecipazione polmonare costituisce da sua parte un caso raro, e la regola, in caso di migrazione toracica, si è la comunicazione polmonare propriamente detta. Questa può stabilirsi per eccezione col polmone sinistro, ma è quasi sempre nel polmone destro ch'esse si svuotano. Questa evacuazione può sopraggiungere improvvisamente in seguito ad uno sforzo qualunque, ma d'ordinario essa è preceduta durante qualche giorno sia da sintomi di suppurazione, sia dall'evoluzione d'una pleurite secca o complicata con versamento. In ogni caso, nell'atto in cui il contenuto della cisti fa irruzione nei bronchi, si vede scoppiare un dolore lancinante con sensazione d'angoscia e di soffocamento. Poi in capo a qualche ora sopravvengono degli accessi di tosse violenta, ed il liquido colle vescicole sfuggono a fiotti dalla bocca. In altre circostanze l'ulcerazione dei bronchi presenta un andamento meno rapido; la comunicazione è stretta e la evacuazione si fa a poco a poco per mezzo di colpi di tosse successivi e sempre penosi accompagnati da una espettorazione abbondante, fetida e purulenta. Localmente si constatano allora « dei sintomi cavernosi-anforici limitati alla base del polmone » od anche dei sintomi di piopneumotorace o di gangrena polmonare.

L'evacuazione delle cisti per mezzo dei bronchi può essere seguita da guarigione specialmente quand'è brusca e completa. Ma calcolare sopra un simile esito sarebbe ben sovente illusorio, ed è il caso di ripetere con Cornil « che le migliori vie d'espulsione naturale delle cisti non valgono un'operazione chirurgica ». La morte è difatti il risultato frequente dell'evacuazione per i bronchi. In certi casi essa segue da vicino la complicazione. La stessa cosa avviene quando l'ingombro dei bronchi è tale ch'esso uccide per soffocazione. In un caso osservato dal professore Cornil (1) il contenuto della cisti sarebbe anche giunto sino ai bronchi della parte opposta ed avrebbe provocata una rapida asfissia. Devesi anche calcolare la possibilità d'una emottisi fulminante che può sopravvenire sia fin dal principio, sia assai più tardi. Finalmente, secondo l'osservazione di Rendu, « non bisogna dimenticare che, una volta stabilita la fistola bronco-epatica, le probabilità per l'infezione putrida sono ancora grandi, e che la morte in questo caso si produce spesso per inanizione dopo una suppurazione interminabile ». Quando la bile è mescolata agli sputi, la condizione degli ammalati diventa intollerabile, e di più sembra dimostrato che il passaggio della bile nei bronchi esponga

(1) Cornil, Lezione raccolta da Parmentier; *Journal de connaiss. médic.*, 26 novembre 1885.

particolarmente alla gangrena polmonare ed all'emottisi. In qualunque caso, nulla vi è di più ribelle delle fistole biliari (1) che si stabiliscono in queste condizioni, e come esempio delle conseguenze disastrose che ne risultano, io posso citare la osservazione dell'ammalata che ha servito di punto di partenza alla mia comunicazione al Congresso del 1889 sopra il valore dell'incisione transpleurale. Il suo stato generale avanti l'operazione non era meno grave di quello che accompagna gli ultimi periodi della tisi.

B. *Migrazione addominale.* — Questa migrazione dà luogo a sintomi assai differenti, secondo che la cisti si vuota nel *peritoneo,* nel *tubo digerente* o nelle *vie biliari.* In quanto al meccanismo di queste diverse aperture, io l'ho sufficientemente indicato a proposito dell'anatomia patologica e non credo più necessario ritornarvi sopra. L'apertura nel peritoneo è relativamente assai rara. Essa si produce con o senza suppurazione precedente della cisti, spontaneamente o sotto l'influenza d'uno sforzo o di un traumatisma: « Qualunque ne sia la causa, dice Rendu, essa determina sempre una peritonite subacuta allorquando la cisti ha suppurato, e la morte ne è quasi necessariamente la conseguenza. Per contro, quando il liquido sparso è limpido e non alterato, la peritonite può mancare, quantunque costituisca ancora la regola, e dippiù sopravviene sovente una eruzione confluente d'orticaria ». Studiando il liquido delle cisti idatiche ho detto come la sua perfetta sterilità, quando è limpido e chiaro, spieghi la possibile innocuità della sua irruzione intraperitoneale. Difatti si sa ora che la reazione peritoneale dopo la rottura di una cisti non suppurata è variabile. Talvolta è la peritonite generalizzata con tutte le sue conseguenze; ma in molte circostanze i primi sintomi del peritonismo si calmano e lo spandimento s'incistida. Può anche darsi che ne segua la guarigione. Tuttavia non bisogna esagerare la benignità del pronostico anche quando la peritonite iniziale fa difetto. Prova ne è l'ammalato del prof. Potain, di cui Rendu riassume l'osservazione. Nel momento della rottura intraperitoneale e spontanea della sua cisti, il paziente « non aveva provato nessun'altra sensazione se non quella di un liquido scorrente nella cavità addominale. Ora assai rapidamente era sopravvenuta dapprima una eruzione d'orticaria, poi un'ascite enorme che si era complicata con un doppio versamento toracico. In questo caso la peritonite iniziale non s'era prodotta, ma erano tuttavia sopravvenuti fatti secondari con un carattere di speciale gravità.

L'evacuazione delle cisti idatiche nelle *vie digerenti* è più frequente della rottura intraperitoneale. Nel 1873 Letourneur (2) ha fatto uno studio assai completo di questo modo di terminazione delle cisti. L'apertura delle cisti nell'intestino è generalmente preceduta da sintomi di peritonite localizzata che provoca delle aderenze tra la cisti ed il tratto del tubo intestinale nel quale si fa l'evacuazione. Questa si produce qualche volta per effetto d'un traumatismo o di uno sforzo qualunque. Essa è quasi sempre accompagnata da un atroce dolore e l'ammalato ha perfettamente la coscienza di una rottura dei visceri; quasi immediatamente dopo sopravviene una scarica tumultuaria e copiosa, nella quale è facile

(1) Cayet, Tesi di laurea. Parigi 1888; e Nermord, tesi di laurea. Parigi 1891.
(2) Letourneur. Tesi di laurea. Parigi 1873.

riconoscere le membrane dell'idatide. Nello stesso tempo il tumore addominale si accascia repentinamente ed avviene una mitigazione generale di tutti i sintomi » (Rendu). Secondo il diametro dell'orificio di comunicazione, l'evacuazione si fa più o meno presto. Non è raro vederla durare per settimane e mesi; tutte le condizioni favorevoli ai fenomeni di ritenzione o d'infezione settica si trovano allora riunite, e gli ammalati soccombono alla setticemia con diarrea cronica più o meno abbondante. La comunicazione si fa quasi sempre a livello del colon. Però può darsi che si formi più in alto coll'intestino tenue ed anche all'altezza del duodeno; quando è così, le idatidi si ritrovano nei vomiti. Per la prognosi le aperture situate in basso, e specialmente le aperture nel colon sono più favorevoli che non le aperture situate in un punto più elevato. In queste condizioni Letourneur ha potuto notare 27 guarigioni sopra 33 casi. Sembra per contro che le aperture nello stomaco, d'altronde eccezionali, siano particolarmente gravi.

Lo scarico delle cisti idatiche *nelle vie biliari* non è troppo raro. Davaine lo ha notato 8 volte sopra 72 casi d'apertura spontanea. Noi sappiamo come la guarigione spontanea per avvelenamento delle idatidi può sopravvenire allorquando la cisti non riceve che una piccola quantità di bile senza che vi sia consecutivamente l'infezione di essa. Ma non è più il caso di questa fortunata eventualità, e la complicazione, della quale qui si tratta, presenta per contro una gravità spesse volte grandissima. La comunicazione può stabilirsi con una parte qualunque dell'apparato escretorio della bile, sia coi grossi canali, sia anche colla stessa vescicola biliare. Una volta che questa comunicazione si è stabilita, due eventualità sono possibili: « o l'idatide si rompe in frammenti, ed i suoi avanzi impegnati nel canale coledoco finiscono per arrivare al duodeno; od essa è molto voluminosa ed ottura i condotti escretori della bile, dando luogo ad una ritenzione biliare assoluta od incompleta » (Rendu). Si comprende quindi che i sintomi sono sopra tutto subordinati a tre condizioni principali: al grado dell'ostruzione biliare, alla sua durata ed all'infezione della cisti. In caso d'eliminazione per via biliare la progressione delle idatidi si rivela clinicamente per mezzo di coliche epatiche, simili a quelle che accompagnano la migrazione dei calcoli, e, come ha detto Berthaut (1), la diagnosi poggia su questa triade sintomatica: 1° coliche epatiche; 2° ittero; 3° presenza delle idatidi fra le materie fecali. Ma ordinariamente l'evacuazione non si fa; l'ostruzione è più completa ed il quadro sintomatico è quello dell'angiocolite per ritenzione biliare. « Dopo una serie di coliche intense, l'ittero si stabilisce in modo permanente, si accende la febbre, sopravvengono brividi remittenti o intermittenti, la lingua diviene asciutta, le forze si deprimono e l'ammalato sembra talvolta in uno stato assai grave quando avviene repentinamente una tregua per l'evacuazione di una vescicola idatidea talvolta considerevole » (Rendu). Senza alcun dubbio l'ostruzione può essere definitiva, e alcune volte mortale. « Gli ammalati soccombono allora con itterizia, sia a sintomi emorragici e tifoidi, sia ad una diarrea profusa, sia alla peritonite. In questo caso l'autopsia fa vedere una serie di membrane o di vescicole intiere impegnate nel canale coledoco e nel canale epatico; al disopra dell'ostacolo, i condotti biliari sono dilatati enor-

(1) Berthaut, loc. citato.

memente ed il tessuto del fegato gonfio di bile è sempre profondamente disorganizzato » (Rendu). Un ultimo particolare importante a specificare dal punto di vista della prognosi, è che una cisti comunicante colle vie biliari può aprirsi consecutivamente in tutte le altre direzioni che abbiamo studiate. In questo caso la mescolanza della bile col contenuto della cisti viene ad aggiungere al quadro sintomatico un nuovo elemento la cui importanza non dovrebbe essere trascurata. Per terminare ciò che si riferisce alle migrazioni addominali delle cisti idatiche, debbo accennare alla loro possibile apertura nella *vena cava.* Questo fatto necessariamente mortale è d'altra parte del tutto eccezionale.

C. L'apertura delle cisti idatiche a livello *degl'integumenti* è una complicazione relativamente favorevole, a condizione che si faccia il necessario per evitare i fenomeni di ritenzione che la piccolezza abituale della fistola cutanea renderebbe inevitabile. Questa apertura si fa ordinariamente in vicinanza della regione ombelicale; ma in seguito alla cura delle cisti idatiche fatta a tempo e come conviene, i casi d'apertura cutanea divengono sempre più rari e solo le nostre vecchie raccolte statistiche contengono fatti simili a quello di Lassus « che ha veduto durante sei anni una fistola sotto-ombelicale dare sfogo a 300 idatidi e finalmente guarire ».

Prognosi. — La prognosi si deduce da tutti i particolari che precedono. Per concepirla, bisogna senza dubbio ritenere che la guarigione è possibile, sia in seguito alla morte delle idatidi ed alla regressione consecutiva della cisti, sia anche in seguito alla loro spontanea apertura nei bronchi o nel tubo digestivo; ma s'egli è utile conoscere queste fortunate eventualità, sarebbe, io credo, assai pericoloso farne troppo calcolo. In realtà il pronostico può essere sempre considerato grave, attesochè « si tratta di un'affezione che deve fatalmente crescere sino al giorno in cui il tumore diviene troppo voluminoso per essere contenuto nel fegato » (Rendu). A questo punto noi conosciamo la gravità dei fenomeni che possono presentarsi, e noi sappiamo sopra tutto a che grado le complicazioni reputate favorevoli, come l'evacuazione bronchiale, biliare od intestinale, possano essere loro stesse pericolose. La setticemia per ritenzione e l'infezione secondaria sono i due principali fattori di questa gravità speciale; in caso di comunicazione bronchiale od intestinale, e quando l'evacuazione intestinale si fa per mezzo delle vie biliari, bisogna inoltre tener conto delle complicazioni che nascono dall'ostruzione biliare. È dunque ben certo che in presenza d'una cisti idatica, non bisogna solamente, come dice Rendu, « tenersi riservati, ma non arrivare giammai a predire l'indomani ». Ma è ancora conveniente di mettere tutto in opera senza il più piccolo indugio per istituire la cura necessaria.

Diagnosi. — La diagnosi delle cisti idatiche del fegato non è possibile che dal giorno in cui il tumore ha deformato il fegato e provocato dei disordini funzionali notevoli. In quest'epoca può essere abbastanza facile. Si è allora in presenza di una tumefazione nettamente circoscritta non dolorosa, lenta e regolare nella sua evoluzione, elastica piuttosto che fluttuante e facente corpo col fegato. Ma in molti casi la diagnosi offre ancora le più serie difficoltà. Lo studio particolareggiato

della diagnosi differenziale nei casi difficili non può essere profittevole se non al letto dell'ammalato. Io mi accontenterò dunque d'indicare a grandi tratti gli errori a cui bisogna essere preparati, dimostrando come la natura di questi errori sia essenzialmente variabile secondo che la cisti appartiene per la sua sede all'una od all'altra delle varietà intra-epatiche, toraciche od addominali, di cui l'anatomia patologica ed i sintomi ci hanno già mostrata la reale individualità.

Diagnosi delle cisti intra-epatiche (*varietà antero-inferiore*). — L'aumento di volume del fegato è qui il principale fenomeno. Specificare che cosa sia un fegato ingrossato non è sempre tanto facile, e in queste condizioni certe affezioni, come la *congestione cronica* del fegato, la *cirrosi ipertrofica* e le diverse degenerazioni *cancerose* dell'organo possono presentarsi allo spirito. Senza dubbio, la congestione cronica si riconoscerà il più frequentemente per l'esistenza verificata di antecedenti malarici od alcoolici e per la conservazione della forma dell'organo; la cirrosi avrà da parte sua l'assenza di tumore, l'ittero persistente, l'ascite o l'aumento di volume della milza; le deformazioni globulose della sifilide epatica, talvolta ingannatrici, avranno tuttavia, a parte i particolari forniti dagli antecedenti, qualche carattere distintivo come l'assenza di renitenza cistica; il cancro infine produce ordinariamente delle protuberanze multiple che non somigliano guari alle deformazioni prodotte dalle cisti..... Tutto ciò è vero, ma le difficoltà della diagnosi non sono meno reali in certi casi. Prova ne è la donna di 27 anni di cui Gouguenheim (1) ha pubblicato l'osservazione. Dopo avere, durante due anni, presentato delle protuberanze precisamente analoghe a quelle del cancro, essa morì con sintomi d'ittero grave. « Ora all'autopsia, in luogo del carcinoma che si era diagnosticato, si scoprirono parecchi tumori idatici infiltrati di bile ». Esistono molti altri fatti analoghi. Potherat parla di un caso nel quale Reclus ha aperto un cancro colloide, credendo d'incidere una cisti suppurata. Io stesso ho commesso questo errore in senso inverso sopra una donna di 50 anni, il cui fegato era bernoccoluto a livello della regione epigastrica ed il cui stato generale declinava di giorno in giorno. La diagnosi di cancro mi sembrava indiscutibile. Pur tuttavia, cedendo alle istanze dell'ammalata, mi decisi a pungere una delle gibbosità malgrado la sua durezza fibrosa apparente. Era una cisti a varie loggie che ho guarito per mezzo di una larga incisione. Quali altre malattie suscettibili di far credere ad una cisti idatica intra-epatica devonsi notare i *grandi ascessi del fegato* e la *litiasi biliare*. Supponendo che gli antecedenti non vengano a levare i dubbi in caso d'ascesso del fegato, la confusione non è possibile che con una cisti suppurata, ed in queste condizioni essa è senz'alcuna importanza, poichè la cura è esattamente la stessa in tutti e due i casi. In quanto alla litiasi, vi si può pensare quando vi sono dei sintomi di colica o d'ostruzione biliare per apertura di cisti nell'apparato escretore della bile; ma in generale l'esame delle evacuazioni toglie ogni dubbio. La tesi di Berthaut prova pertanto che l'errore è stato soventi commesso.

Diagnosi delle cisti sotto-diaframmatiche (*varietà postero-superiore*). — In questa varietà, e specialmente nei casi di cisti svolgentisi dalla parte del torace

(1) Gouguenheim, *Bull. de la Soc. Anat.*, pag. 485, 1865.

senza abbassare il fegato in modo notevole, sorgono delle cause nuove d'errore e tutte mediche. È difatti in simili circostanze che si sono confuse le cisti idatiche colla *pleurite cronica*, colla *pleurite purulenta*, colla *tubercolosi*, colla *pneumonite cronica* e colla *gangrena polmonare*. Lo studio diligente dei sintomi, l'ascoltazione porgono in verità qualche indizio di valore. In caso di cisti idatiche « da nessuna parte si ode nè soffio, nè egofonia ed al punto di unione della sonorità e della ottusità la voce non presenta nè tremolìo, nè alterazione del timbro come è la regola nei versamenti pleurici » (Rendu). Si dice ancora che la forma del limite superiore della ottusità abbia un significato. « Mentre nella pleurite la linea di ottusità ha il suo massimo a livello dell'ascella, nel caso d'echinococchi essa è più circoscritta e si abbassa sia davanti, sia all'indietro ». Ma tutti sanno come queste sottigliezze d'analisi siano talvolta da tenere nel dovuto riserbo, ed in più di un ammalato la diagnosi è rimasta in dubbio sino all'autopsia, come ne fanno testimonianza i fatti pubblicati da Trousseau (1), Moutard-Martin (2), Avezou (3), Cayla (4), Reymondon (5), Girode (6), Ballet (7), Bard e Chabannes (8).

Fra le cause di errori eccezionali, citerò gli *ascessi per carie costale*, gli *ascessi tubercolari peri-epatici*, le *cisti idatiche del diaframma*, se è vero che ve ne esistano, e gli *echinococchi primitivi della pleura e del polmone*. Si capisce come la diagnosi sia particolarmente difficile in quest'ultimo caso, tanto più che, se si crede a parecchi autori, la puntura esploratrice devesi paventare ogni volta che si può pensare ad una cisti idatica pleuro-polmonare primitiva (9).

Diagnosi delle cisti a sviluppo addominale (varietà antero-inferiore e varietà postero-inferiore). — Quando le cisti appartengono all'una od all'altra di queste varietà, poco prominenti nell'addome, e fanno manifestamente corpo col fegato, le difficoltà della diagnosi sono assai simili a quelle che noi abbiamo incontrato per le cisti intra-epatiche. Vi è però un errore che io non ho ancora accennato e che trova qui il suo posto: è la confusione possibile tra una cisti idatica e la *distensione della vescicola biliare*. In una osservazione, ben conosciuta, pubblicata nella tesi di Braine e tolta da Budin, si vede come « i dolori, le coliche epatiche, l'ittero, lo scolorimento delle materie fecali possano esistere e far credere assolutamente alla litiasi biliare quando si tratti d'una cisti idatica ». Insomma, nulla qui vi è di speciale ed io non farei che ripetere ciò che ho già detto se insistessi su questo punto. Per contro quando le cisti della faccia inferiore sono assai prominenti nella cavità peritoneale, prendono i caratteri dei tumori addominali e le condizioni della loro diagnosi differenziale sono perciò assai modificate.

---

(1) Trousseau, loc. citato.
(2) Moutard-Martin, *Union médicale*, 1873, pag. 887.
(3) Avezou, *Bull. de la Soc. Anat.*, pag. 303, 1875.
(4) Cayla, *Bull. de la Soc. Anat.*, 13 giugno 1884.
(5) Reymondon. Tesi di laurea. Parigi 1884.
(6) Girode, *Bull. de la Soc. Anat.*, 21 gennaio 1887.
(7) Ballet, *Bull. de la Soc. Anat.*, 23 gennaio 1888.
(8) Bard et Chabannes, *Revue de Médecine*, marzo 1888, pag. 177.
(9) Heydenreich, *Du traitement des kystes hydatiques de la plèvre et des organes qui l'avoisinent* (*Sem. méd.*, 1891, pag. 449).

Le cisti della varietà postero-inferiore debbono essere, come le antero-inferiori, distinte da tutti i tumori addominali profondi; ma la loro sede è tale che si può in particolare confonderle colle *cisti del rene*. In caso di cisti del lobo sinistro, si può credere ad una *cisti della milza*. La palpazione metodica è il miglior mezzo d'evitare simile errore, ma l'esame più attento può ancora lasciare del dubbio. La ricerca del palleggiamento renale stesso non è un mezzo di controllo infallibile, e per parte mia mi sono ingannato due volte. In una prima operata, il palleggiamento, la mobilità particolare del tumore, la sua riducibilità relativa m'avevano condotto a fare la diagnosi di cisti del rene. L'operazione mi ha dimostrato che si trattava di una cisti del fegato. In una seconda operata io avevo creduto sentire il rene al suo posto, malgrado il palleggiamento, m'ero arrestato alla diagnosi di cisti del fegato, e questa volta ancora l'operazione m'ha dimostrato l'errore commesso; era una cisti del rene. Un altro sbaglio consiste nel confondere le cisti profondamente situate con un *ascesso per congestione*. Potherat ne ha pubblicato un notevole esempio tolto dalla pratica del professore Trélat.

Le cisti della varietà antero-inferiore non si prestano guari agli errori precedenti, ma in cambio possono essere confuse con tutti i tumori cistici addominali e specialmente con le *cisti dell'ovario*. La diagnosi differenziale deve essere fatta in due condizioni differenti. Talvolta la cisti idatica è enorme, essa riempie tutto l'addome alla stessa guisa dei grossi tumori ovarici, e se l'anamnesi non dà schiarimenti sulla sede iniziale del tumore, l'errore è inevitabile e ben poco da rimpiangere, poichè la laparotomia è la sola cura razionale nei due casi. Talvolta il tumore è meno voluminoso ma esso è peduncolato, talvolta assai mobile, ed il punto di partenza epatico può benissimo restare sconosciuto, tanto più che in simili circostanze la percussione addominale rivela spesso una sonorità tra la cisti ed il limite inferiore del fegato. La confusione diviene allora possibile con le *raccolte liquide* dell'epiploon o del mesenterio ed anche coll'idronefrosi. Ma è ancora colle *cisti dell'ovario* che l'errore può sopra tutto verificarsi. Io mi sono ingannato in un caso che mi sembra abbastanza curioso per essere brevemente raccontato. Si trattava di una giovane donna nella quale io aveva fatto la diagnosi di cisti dell'ovario con lungo peduncolo. L'operazione fu decisa e l'ammalata addormentata. Al momento di cominciare l'incisione addominale, una breve sincope ci obbliga a fare l'inversione. Sotto l'influenza di questo movimento, scomparsa del tumore. Sicuro delle sensazioni antecedenti che m'avevano dimostrato l'esistenza nella fossa iliaca sinistra di un tumore cistico grosso come due pugni, io incido la parete addominale e trovo nascosta sotto le false coste sinistre, la cisti che non era altro che una cisti idatica munita d'un lungo e sottile peduncolo inserito sul limite anteriore del fegato, alla distanza di cinque dita a destra della linea mediana.

Fra i mezzi di diagnosi che possono essere messi a contributo in queste diverse circostanze, si deve una menzione speciale all'esame delle orine. Potherat pensa che la presenza dei sali biliari nell'orina sia un sintoma di grande valore. Questa ricerca è, come si sa, delle più semplici. Basta aggiungere all'orina una quantità sufficiente d'acido nitrico a freddo per veder apparire « delle colorazioni successive riproducenti assai esattamente in senso inverso i colori del prisma o dell'arcobaleno ». Potherat dice che ha fatto questa ricerca in tutti i casi di cisti idatiche che ha osservato, e giammai la reazione caratteristica gli è mancata.

I particolari che precedono restano senza dubbio incompleti. Ho, per esempio, omesso di accennare a qualche errore eccezionale, come quelli di Dumreicher (1), che parla di una cisti che venne a fare sporgenza sotto la mammella sinistra alla stessa guisa di un ascesso flemmonoso; di Harley (2) che ha veduto una cisti simulante una dilatazione dello stomaco, o di Sadler (3) che ha inciso una cisti idatica credendo fare un'operazione cesarea. Ho anche passato sotto silenzio le associazioni morbose singolari più o meno simili al caso di Silver (4), nel quale l'autopsia ha rivelato una cisti idatica del lobo destro, una cirrosi del lobo sinistro ed un cancro dello stomaco; o più semplicemente i casi nei quali le cisti idatiche del fegato si complicano colla presenza d'altre cisti idatiche dell'addome (5). Infine io non ho creduto dovere ricordare i sintomi rivelatori della suppurazione della cisti o della sua apertura nelle cavità sierose o negli organi vicini al fegato. Ho semplicemente tentato la descrizione generale delle difficoltà possibili della diagnosi, per dimostrare come la decisione definitiva debba lasciarsi in molte circostanze sia alla puntura, sia alla laparotomia esploratrice.

La puntura esploratrice si pratica sia con l'ago fino di una siringa di Pravaz, sia con un aspiratore Potain o Dieulafoy, e tutti ora sanno come sia necessario circondarsi delle precauzioni antisettiche più minute, se si vuole esser certi di ridurre al *minimum* i danni possibili di questa manovra in apparenza così benigna. Ciò richiede qualche particolarità. La puntura delle cisti idatiche può provocare accidenti variabili e talvolta gravissimi, come la suppurazione della cisti, la peritonite, l'orticaria, la ferita possibile d'un vaso o di un organo importante, e certi fenomeni bizzarri come la dispnea o la sincope. Si è persino citato dei casi di morte rapidissima (6). Ora è ben certo che conviene distinguere qui le complicazioni di cui il fatto della puntura è realmente responsabile, da quelle che devonsi mettere sul conto dell'operatore, ed io sono convinto, che fra i casi di morte per suppurazione cistica o per peritonite localizzata, ve ne sono molti che si sarebbero potuti evitare procedendo con antisepsi. Anche con tale riserva, la puntura non cessa di essere una manovra spesso pericolosa, in questo senso che può sempre favorire il versarsi del liquido endocistico nel peritoneo. Allorquando questo è settico o suppurato, una peritonite grave o mortale è quasi inevitabile. Quando non è suppurato, si possono ancora osservare sia accidenti peritoneali, sia orticaria con o senza altri fenomeni, come dispnea o sincope, ed, in seguito agli studi di Mourson e Schlagdenhauffen, di Debove e Viron (7), noi sappiamo come non dobbiamo accusare qui dei riflessi peritoneali ipotetici, ma bensì le proprietà tossiche del

(1) Dumreicher, *Wien. med. Presse*, n. 40, 1868.

(2) Harley, loc. cit., pag. 249.

(3) Sadler, *Med. Times and Gazette*, agosto 1864, citato da Harley.

(4) Silver, *Pathological Society's Transactions*, 1873.

(5) Uno degli esempi più notevoli di queste associazioni cistiche è stato pubblicato da Pinard (*Annales de Gynécologie*, aprile 1888, pag. 241). Si trattava di un caso di distocia provocato da cisti idatiche multiple del piccolo bacino in una primipara di ventun anno.

(6) In un caso pubblicato nel 1875 da Martineau la morte è sopraggiunta venti minuti dopo una puntura. *Union méd.*, 1875.

(7) L. Viron, *Sur un albuminoïde toxique contenu dans certains liquides hydatiques* (*Archives de Méd. exp.*, 1892, n. 1, pag. 136).

liquido idatico. Questa interpretazione non è soltanto soddisfacente sotto il punto di vista teorico; essa ha il merito di concordare coi fatti. Essa ci spiega, in particolare, perchè il versamento intra-peritoneale del liquido idatico non sia, secondo l'antica credenza (1), la condizione patogenetica *sine qua non* dell'orticaria. Il versamento d'un liquido idatico tossico in un punto qualunque del sistema cellulare basta a provocare il fenomeno, ed è in questo modo anzi che si osserva l'orticaria tanto in seguito a rotture intra-peritoneali, ad evacuazioni bronchiali di cisti epatiche od a rotture di cisti idatiche delle membra (2), quanto durante l'evoluzione delle cisti del fegato all'infuori di ogni intervento e di ogni sintoma che possa far pensare ad una rottura. Come altra conseguenza della penetrazione del liquido idatico nel peritoneo e per conseguenza della puntura si è considerata l'*auto-infezione.* Ma questo modo di propagazione mi pare contestato dalle leggi che reggono l'evoluzione delle larve della tenia echinococco, ed io credo con Potherat e Debove che nel caso di cisti multiple bisogni piuttosto credere alla coesistenza di parecchie cisti indipendenti, che alla possibilità di una infezione per la generalizzazione di una sola cisti iniziale.

Questi varii pericoli della puntura non devono punto essere dimenticati. Tuttavia non converrebbe esagerarli e privarci dei vantaggi che la puntura può darci per la diagnosi. A mio avviso ecco in quale misura si ha il diritto di ricorrere a questo mezzo di esplorazione.

Nelle *cisti intra-epatiche* tutte le volte che la diagnosi è esitante, la puntura s'impone. Gli schiarimenti ch'essa dà sono decisivi; noi vedremo più tardi ch'essa può essere nello stesso tempo curativa, e francamente, quando si è in presenza di un fegato ingrossato largamente accessibile per mezzo della palpazione, si può dire che una puntura ben fatta non produca nessun pericolo serio. Nelle cisti *sotto-diaframmatiche* bisogna essere più riservati e, specialmente quando si può pensare all'esistenza di una idatide primitiva della pleura o del polmone, bisogna ricordarsi con Heydenreich che la miglior cosa è il ricorrere di primo acchito all'incisione diretta. Nelle *cisti postero-inferiori* una puntura per la via lombare è senza inconvenienti. Si potrà dunque ricorrervi talvolta, quantunque sia assai più semplice l'incidere senza ritardo. Finalmente nelle *cisti antero-inferiori* e particolarmente nelle *cisti peduncolate mobili,* io non vedo se non degli inconvenienti per parte della puntura, e sempre devesi dare la preferenza alla laparotomia esploratrice.

I vantaggi di quest'ultimo modo d'esplorazione mi paiono qui formali, ma io non posso precisarne di più le indicazioni. La loro determinazione, secondo i casi particolari, resta sempre affare di tatto o di tendenza personale, e se Lawson Tait è forse andato troppo avanti asserendo che la puntura doveva sempre cedere il passo all'incisione, il valore e la perfetta innocuità del metodo non sono meno degni di tutta la nostra attenzione.

Cura. — Dopo che esiste una cura delle cisti idatiche del fegato, i medici ed i chirurgi non hanno più avuto che due scopi: uccidere le idatidi od evacuarle

(1) Feytaud, *Recherches sur la pathogénie de l'urticaire qui complique les kystes hydatiques.* Tesi di laurea di Parigi, 1875.

(2) Marguet, loc. citato.

all'esterno, per ottenere in seguito il restringimento e la cicatrizzazione della borsa cistica. Questo doppio problema ha naturalmente trovato delle soluzioni assai varie secondo il temperamento medico o chirurgico di quelli che ne facevano studio, e durante tutto il periodo che ha preceduto la trasformazione antisettica della chirurgia, si sa che i diversi mezzi proposti per aprire le cisti idatiche hanno risentito delle idee regnanti sull'intolleranza del peritoneo e sopra la necessità di preferire sempre all'incisione diretta delle raccolte intraperitoneali la serie degli espedienti inventati per non praticarne mai l'apertura, senza poi avere assicurato la protezione della sierosa provocando delle aderenze peritoneali lungo la via d'evacuazione. Da ciò sono nati gl'innumerevoli processi di cura che è tempo di classificare fra i documenti storici della terapia delle cisti idatiche.

Per uccidere le idatidi si praticarono in ogni tempo sia la medicazione interna, sia delle manovre rivolte alla stessa cisti.

Fra i medicamenti, è lungo tempo che i medici riconoscono la completa inefficacia della tintura di Kamala (Hjaltelin, 1869), del petrolio (Chabert), dell'acqua di mare naturale od artificiale che Laënnec dava alla dose di tre ad otto bicchieri per giorno, dei mercuriali proposti da Baumès, dell'acqua di Vichy, dell'essenza d'eucaliptus per inalazione (Buchterkirch), ed anche del joduro di potassio. Senza dubbio quest'ultima sostanza ha avuto anch'essa la sua ora di voga. Hawkins, Heckford, Desnos, Jaccoud, Murchinson e Semmola hanno per un istante creduto alla sua azione, ma la questione è ormai decisa e tutti sanno che la cura medica delle cisti idatiche è sempre impotente.

Le manovre artificiali che si fanno sulla stessa cisti tendono alla cura per mezzo dei topici locali, dell'elettrolisi, della puntura semplice di Jobert di Lamballe, delle iniezioni di bile o di tintura di jodio. Dei topici locali, come il sapone in frizione, gli empiastri di cicuta con più o meno di belladonna, l'olio empireumatico di Chabert o i vescicanti, non c'è più veramente da parlarne, e le applicazioni ripetute di ghiaccio meritano la medesima sorte. La elettrolisi ha avuto promotori convinti come Thorarensen, Hilton, Fagge, Durham (1), Philipps, Cooper e Forster. Di tanto in tanto essa tenta ancora i medici e conserva sempre qualche difensore di vaglia. Semmola (2) e Dujardin-Beaumetz (3) hanno ottenuto delle guarigioni incomplete mediante questo metodo. Henrot (di Reims) (4) se ne mostra assai partigiano ed Apostoli (5) dice aver ottenuto buoni risultati per mezzo della galvano-puntura positiva. La corrente positiva non sarebbe solamente idaticida come la negativa, ma avrebbe inoltre il prezioso vantaggio di possedere un'azione antisettica. Sarebbe dunque eccessivo non contare l'elettrolisi fra i processi possibili di cura? Io non lo credo. Secondo l'osservazione di Rendu, qualunque sia il processo adoperato, esso è sempre caratterizzato dalla penetrazione nella cisti di due aghi, per i quali passa la corrente, ed in queste condizioni si può sempre domandare se l'azione prodotta non sia semplicemente quella di una puntura.

(1) Durham, *Brit. med. Journal*, novembre 1870.
(2) Semmola, *Annali clinici dell'Ospedale degli Incurabili*, anno I.
(3) Dujardin-Beaumetz, *Gaz. des hôp.*, 1882.
(4) Henrot (di Reims), *V Congrès pour l'avancement des sciences*. Grenoble 1885.
(5) Apostoli, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 10 ottobre 1882. — Potherat, loc. cit., pag. 46.

Ciò che tenderebbe a provarlo è la frequenza dell'orticaria in seguito alle applicazioni elettrolitiche. In realtà l'elettrolisi non avrebbe adunque alcun vantaggio terapeutico sulla puntura semplice. Si dice inoltre ch'essa è spesse volte assai dolorosa, ed il caso di suppurazione mortale pubblicato da Leube (1) prova che non è sempre inoffensiva. È dunque ben certo che per ora almeno l'elettrolisi non è che un metodo complicato, incerto e talvolta dannoso che qui non è il luogo di preconizzare.

La puntura capillare semplice, che Jobert di Lamballe ripeteva sino alla scomparsa completa della cisti, ha senza dubbio il merito d'essere la prima applicazione di un metodo che conta oggi fra i nostri migliori procedimenti. Ma come era praticata ai tempi di Jobert, è certo che la si deve proscrivere assolutamente. In quanto alle iniezioni intracistiche di bile o di tintura di jodio adoperate quali parassiticide, non hanno più, come i procedimenti antecedenti, che un valore documentario. Le iniezioni di bile, proposte da Cadet de Gassicourt e da Dolbeau (1856) e praticate per la prima volta da A. Voisin nel 1857, hanno forse dato qualche successo; il fatto pubblicato recentemente da J. Mercant (2) ne sarebbe una prova. Nella stessa guisa Bonnet, Chassaignac, Vigla ed Aran hanno diggià ottenuto qualche buon risultato dalle iniezioni di tintura di jodio. Ma tutte queste iniezioni irritanti sono pure state abbandonate come infedeli e dannose. Tuttavia, siccome oggidì si fa un gran rumore riguardo a procedimenti curativi che non differiscono dai precedenti che per la natura del parassiticida, è certo che la storia dei primi tentativi di questa natura acquista una particolare attualità.

I procedimenti proposti per evacuare le cisti senza pericolo di vedere il loro contenuto cadere nel peritoneo, sono a loro volta assai numerosi e noi ritroviamo qui, come nella cura degli ascessi del fegato, da una parte il metodo delle punture evacuatrici totali più o meno perfezionate, dall'altra parte tutta la serie degli espedienti operatorî appartenenti sia al gruppo dei metodi lenti di cui Récamier si è fatto il promotore, immaginando l'apertura per mezzo dei caustici e l'incisione in due tempi, sia al gruppo dei metodi detti rapidi, tutti derivati dal procedimento fondamentale del trequarti a permanenza, di cui la prima applicazione nel caso particolare delle cisti idatiche appartiene a Boinet (1851). La maggior parte dei procedimenti ai quali io faccio allusione sono definitivamente abbandonati. La loro lentezza disperante esponeva gli ammalati, durante una settimana ed anche più, a tutte le probabilità delle complicazioni settiche, e la peritonite suppurata veniva troppo spesso a dimostrare l'incostanza delle aderenze provocate dai caustici. È dunque perfettamente giusto aggiungere tutti questi espedienti operatorî alla lista dei documenti storici, e passare oltre per trattare con tutta semplicità lo studio della cura delle cisti idatiche come deve essere compresa oggidì. Tuttavia è necessario sapere che i tre metodi d'evacuazione che io ho ricordato hanno lasciato tre processi di cura che sono ancora lodati da maestri incontestati e che possono all'occasione farne fede: intendo parlare della puntura evacuatrice, della incisione in due tempi e del procedimento detto della doppia puntura.

---

(1) Leube, *Centralbl. der med. Wissenschaft*, 1874.

(2) Mercant, *Revista balear de ciencias medicas* e *Syglo medico*, 1888.

La *puntura evacuatrice* che aveva ai suoi principii provocato gli accidenti settici formidabili, di cui le osservazioni classiche di Davaine (1), di Moissenet (2), di Martineau (3) e di Guyot (4) fanno testimonianza, ha ritrovato tutta la sua voga coi metodi di aspirazione di Dieulafoy e di Potain. L'*incisione in due tempi* immaginata da Rècamier e risuscitata nuovamente da Volkmann nel 1877, è ancora un procedimento di elezione per un gran numero di chirurghi, e dirò più avanti ciò che bisogna, a mio avviso, pensare di questi due interventi. In quanto al metodo della *doppia puntura,* la cui idea primitiva appartiene a Boinet, si sa che essa è stata ripresa e più o meno perfezionata da Simon (di Heidelberg), Küster, Verneuil e Hirschberg (5). L'operazione consiste nel conficcare nella cisti a 3 centimetri di distanza, due trequarti di medio calibro, ai quali il professore Verneuil consiglia di sostituire, seduta stante, due sonde in gomma rossa che si fissano alla parete addominale mediante un procedimento qualunque. Durante i quattro o cinque giorni che seguono, lo scolo si fa come si può, ed in capo a questo tempo si distrugge il ponte formato dalle parti molli comprese tra le due sonde. Simon (di Heidelberg) le taglia col bistori, Küster le distrugge coll'aiuto di una legatura elastica, Verneuil le seziona col termocauterio, e Hirschberg ha la cura preventiva d'aumentare le aderenze per mezzo di un'agopuntura analoga a quella di Trousseau (6), prima di penetrare nella cisti. Si ottiene così un'apertura sufficiente perchè l'evacuazione della cisti abbia infine luogo, ed il professore Verneuil afferma che i risultati di questa pratica possono essere eccellenti. Bisogna inoltre osservare che il provvedimento della doppia sonda ha il vantaggio di essere alla portata di tutti e di non esigere, come nei metodi moderni, l'intervento d'un chirurgo abile nelle manovre delle grandi operazioni addominali. Sia pure ciò. Io credo per altro che non bisogna punto esagerare, e Demars (7) ha di molto sorpassato il segno conchiudendo come per mezzo di questo procedimento « il più modesto medico pratico di provincia potrà guarire i suoi malati *senza alcun pericolo* ». I « modesti pratici di provincia » sanno mettere ognor più a profitto i mezzi dell'antisepsi; i bei successi chirurgici di cui ci dànno spesso la relazione, ne fanno testimonianza. Non è adunque giusto lo scrivere « che è impossibile ad un medico d'una piccola città, lontano da un centro chirurgico, di trattare una cisti per mezzo della laparotomia ». Con questa riserva, io riconosco d'altronde che si fa ancora troppo sovente la chirurgia nelle condizioni più sfavorevoli dal punto di vista antisettico, ed è allora che il procedimento della doppia puntura trova la sua applicazione. Ma nella maggioranza dei casi di una cisti e specialmente quando si tratta di una cisti suppurata, la doppia puntura, che sempre porta con sè gli indiscutibili pericoli di tutti i procedimenti lenti, deve cedere il passo ai metodi semplici e rapidi della chirurgia attuale.

---

(1) Davaine, *Traité des entozoaires*, 2a ediz., 1878.
(2) Moissenet, *Arch. de Méd.*, 1859.
(3) Martineau, *Union médicale*, 1875.
(4) Guyot, *Soc. méd. des hôp.*, 1875.
(5) Hirschberg, VI Congresso dei Naturalisti tedeschi, 1877.
(6) Trousseau, *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, 4a edizione. Parigi 1873, t. III, pag. 293.
(7) Demars, Tesi di laurea. Parigi 1888, pag. 63.

Bisogna forse, per le ragioni precedenti, conservare quali procedimenti eccezionali quello del setone caustico di Tillaux e quello del trequarti unico (procedimento primitivo di Verneuil derivato dal procedimento di Boinet)? Io non lo credo. Senza dubbio, il procedimento del setone caustico ha dato tre successi al suo autore. Esso consiste nell'incidere la parete addominale col bistori « sino allo strato cellulo-adiposo sotto-peritoneale che bisogna rispettare. Giunti colà, si applica a 4 o 5 centimetri di profondità un bastoncino di pasta di Canquoin che deve essere triangolare, assai duro e ben affilato in modo da far da turacciolo ». Dopo qualche giorno l'escara si stacca spontaneamente e tutto il contenuto della cisti sfugge in massa per una larga (?) apertura (1). Ecco dunque un procedimento che sembra assai semplice. Ma esso ha nullameno tutti gli inconvenienti degli antichi metodi, e del resto è stato mortale nelle mani stesse del suo promotore. La medesima riflessione si applica al procedimento del trequarti unico. Certamente esso ha ottenuto come molti altri un notevole numero di successi; ma a dispetto dei perfezionamenti che ha potuto subire, espone sempre ai pericoli della ritenzione e per conseguenza deve essere, al pari del procedimento della freccia caustica, respinto come incostante e dannoso.

In una lezione che ho avuto la fortuna d'ascoltare, il mio maestro, il professore Trélat (2) ha dimostrato assai bene tutte le fasi percorse dai chirurghi per giungere ad adottare esclusivamente i metodi d'evacuazione moderna. Prima del 1825, diceva egli, non vi era, propriamente parlando, alcun metodo di cura delle cisti idatiche; guariva chi poteva e come poteva. Creando in quest'epoca il metodo della cauterizzazione evacuatrice, Récamier ha dunque reso un grande servizio alla terapia. Era un grande progresso, ma questo metodo era molto variabile nei suoi risultati; quindi si cercò un metodo più sicuro. Si credette averlo trovato or sono venticinque anni al tempo della creazione della Società medica degli Ospedali. La puntura capillare sollevò un reale entusiasmo, pareva che essa dovesse guarire tutte le cisti. Non se ne ebbe per contro alcun risultato, e bentosto si ritornò al metodo di Récamier più o meno perfezionato. Così nacque il procedimento di Tillaux o quelli analoghi, e si vide, sotto il nome di metodo di Volkmann, rinascere coll'appoggio dell'antisepsi l'antica incisione di Récamier e Bégin. In questo tempo Boinet immaginò il procedimento della puntura unica, dalla quale nacquero i processi della doppia puntura dello stesso Boinet, ed il processo di Simon (di Heidelberg) e di Verneuil.

La questione era così posta quando Lindeman (3), Sänger (4), Landau (5) e Lawson Tait (6), ispirandosi ai successi di Stromeyer-Little nella cura degli ascessi del fegato, hanno dimostrato i vantaggi della cura per mezzo della laparotomia con incisione larga della cisti e resezione più o meno estesa delle sue pareti secondo la sede ed i rapporti della borsa cistica. In Francia le comunicazioni successive

---

(1) Tillaux, loc. cit., pag. 111.
(2) Trélat, *Clinique chirurgicale*. Parigi 1891, t. II, pag. 59.
(3) Lindeman. Vedasi Kirchner, *Inaug. dissert.* Berlino 1879 (il suo primo caso è del 1871).
(4) Saenger, *Berliner klin. Wochenschr.*, 1877, pag. 155.
(5) Landau, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1880, pag. 93, nn. 7 e 8.
(6) Lawson Tait, *The Lancet*, 1880. Resoc. della Soc. med.-chir. di Londra.

di Terrier, L. Championnière, Richelot, Trélat, Bouilly, Monod, ecc. ecc. (1), dimostrano i rapidi successi dei nuovi metodi la cui comparsa è per così dire consacrata nel nostro paese dalle importanti pubblicazioni di Poulet (2), di Braine (3), di Reclus (4) e di Baudouin (5). Io stesso ho fatto tutto il possibile per contribuire a questo movimento e fui certamente interprete della maggioranza riassumendo la questione nella seguente maniera al 3° Congresso francese di Chirurgia (6). In presenza d'una cisti del fegato, bisogna dapprima praticare la puntura esploratrice. Ma dopo che il liquido si è riprodotto, bisogna senza ritardo procedere alla incisione larga della cisti, con o senza escisione delle sue pareti. La chirurgia è andata anche più lungi dimostrando che in certi casi si poteva enucleare le cisti totalmente od anche amputare la zona di tessuto epatico invasa dalla degenerazione cistica.

Tale era ancor ieri l'opinione più accreditata, ma la medicina non ha voluto rimanere inerte di fronte a questa evoluzione troppo chirurgica ed i successi del procedimento Baccelli-Debove sono venuti a modificare non poco l'orientazione delle idee. Con questo procedimento si cerca di guarire le cisti uccidendo gli echinococchi colla iniezione intracistica d'un liquido parassiticida. Una volta Dolbeau, Voisin e Boinet ottenevano il medesimo scopo con iniezioni di bile o di tintura di jodio. Oggidì Baccelli, Debove e tutti i medici che li hanno seguiti si rivolgono ai liquidi antisettici, come il liquore di Van Swieten, il solfato di rame e l'acqua al naftolo. I successi che questo metodo sembra abbia dato meritano indubbiamente d'essere presi in seria considerazione. Devesi dire che sia necessario fin d'ora concludere e gridare con Juhel Rénoy che « la cura chirurgica, sempre spaventevole e sempre grave (???), è inutile? ». No di certo, e decretare così che tutte le cisti del fegato dovranno essere ormai curate per mezzo delle iniezioni parassiticide mi sembra così poco ragionevole come il volerle sottomettere tutte alla laparotomia. Questi entusiasmi della prima ora non dimostrano nulla e, come ha fatto osservare Lucas-Championnière (7), le speranze che dà la puntura nella cura delle cisti idatiche potrebbero benissimo aver la medesima sorte delle illusioni ch'essa aveva altre volte dato nella cura delle cisti paraovariche. In breve, la questione è da studiare e soltanto le ulteriori osservazioni potranno lasciar conchiudere. In fatti a quest'ora è dimostrato che una sola cura non potrebbe convenire a tutte le cisti idatiche, e il nostro unico scopo dev'essere ormai lo studio imparziale delle indicazioni proprie a ciascuno dei tre metodi che riassumono oggidì la terapia razionale delle cisti idatiche; voglio dire la puntura aspiratrice semplice, la puntura aspiratrice seguita da iniezione antisettica, e la cura chirurgica propriamente detta, comprendente l'incisione con o senza resezione delle pareti, la enucleazione e la resezione del segmento di fegato invaso dalla degenerazione cistica.

---

(1) *Bull. et Mémoires de la Soc. de Chir.*, 1885 e 1886.

(2) Poulet, *Rev. de Chir.*, 1886, pag. 414.

(3) Braine, Tesi di laurea. Parigi 1886.

(4) Reclus, *Gaz. hebd.*, 1886, pag. 237.

(5) Baudouin, *Progrès méd.*, 1887, nn. 11, 14 e 15.

(6) Paul Segond, *Du traitement chirurgical des kystes du foie* (*Congrès français de Chirurgie*, sezione 3ª, 1888, pag. 529).

(7) Lucas-Championnière, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1889, pag. 287.

Puntura aspiratrice. — Essa si fa con l'aspiratore Dieulafoy e la sua tecnica operatoria è conosciuta da tutti. Io ricorderò solamente la necessità essenziale di obbedire a tutte le regole dell'antisepsi praticando la puntura, di badare in seguito alla perfetta occlusione dell'orifizio e di prendere inoltre le precauzioni necessarie per assicurare l'immobilità dell'operato nello stesso tempo che la compressione dell'addome mediante un bendaggio appropriato. È finalmente ben inteso che la puntura deve sempre produrre una evacuazione quanto più possibile completa. Io so bene che si sono pubblicati certi fatti tendenti a provare come basti aspirare qualche gramma di liquido con una siringa di Pravaz per uccidere le idatidi e produrre la guarigione. Ma come ho già detto a proposito di una comunicazione di Leprévost (dell'Havre) sopra una cisti idatica della milza guarita in questo modo, le poche guarigioni di cui si parla come di un risultato positivo in seguito alla sottrazione di qualche gramma di liquido non sono punto controllate dalla lunga osservazione degli ammalati e per conseguenza esse ci lasciano sempre in dubbio. Può darsi che la sterilità delle cisti o la loro struttura speciale siano, come avevano supposto Leudet e Lépine (1), le condizioni della loro guaribilità quasi miracolosa. Ma in pratica io credo che non possa tornare che utile tener nessun conto di fatti di questa natura ed anche dimenticarli a bello studio (2), tantopiù che oggidì è dimostrato che ogni puntura non seguita da completa evacuazione offre sempre un pronostico assai riservato. Debove ed Achard hanno riunito tutti i fatti che lo dimostrano e noi dobbiamo per conseguenza ritener cosa prudente far sempre in modo che in qualunque puntura si faccia lo svuotamento più completo possibile. Notiamo fin d'ora che questo scopo non può ottenersi che per le cisti contenenti poche o punto vescicole figlie, e quando queste sono assai numerose, volere o no, la puntura fallisce sempre più o meno, ed allora lascia la prognosi delle evacuazioni incomplete.

Puntura aspiratrice seguìta da iniezione antisettica e parassiticida (processo Baccelli-Debove). — Tre metodi principali qui trovansi di fronte: quello di Baccelli, quello di Debove e quello di Hanot. Baccelli (3) toglie una piccola quantità di liquido e la sostituisce con una quantità equivalente di sublimato. In questo procedimento, che è stato seguito da Sennet (4), Terrillon (5), Dujardin-Baumetz (6) e Gaillard (7) si fa adunque *una iniezione di sublimato a dose non tossica senza tentativo d'evacuazione totale precedente della cisti.* Debove (8) consiglia per contro d'aspirare (per quanto è possibile) tutto il liquido e d'uccidere le idatidi che rimangono per mezzo di un'iniezione adatta. Fa insomma una puntura aspiratrice seguita da lavature antisettiche. A questo metodo ricorsero Mesnard (9),

(1) Leudet et Lépine, *VI Congrès pour l'avancement des sciences.*
(2) Paul Segond, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1889, pag. 281.
(3) Guido Baccelli, *Comunicazione del prof. E. Rossoni* (*Rif. med.*, 11 giugno 1887).
(4) Sennet, *The Lancet,* 18 giugno 1887.
(5) Terrillon, *Leçons de clinique chirurgicale.* Parigi 1889, pag. 403.
(6) Dujardin-Beaumetz, *Gaz. hebd.*, 1888, pag. 694, citato da Debove.
(7) Galliard, citato da Morin, Tesi di laurea. Parigi 1891. Osserv. XXIV, pag. 54.
(8) Debove, *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1886, pag. 693.
(9) Mesnard, *Gaz. hebd. des Sciences médicales.* Bordeaux 1884.

di Bordeaux, nel 1884, e più tardi Demons (1), Juhel-Rénoy (2), Chauffard (3), Bouilly (4), Trélat (5), Mesnard (6), Merklen (7), Camescasse (8), ecc. ecc. Hanot ha modificato i due processi precedenti consigliando l'iniezione di sublimato a dose non tossica, previa l'aspirazione. La natura del liquido adoperato ha subìto qualche variazione. Debove provò una volta il solfato di rame. Dujardin-Beaumetz ricorse al peptonato mercuriammonico di Delpech, e Balzer consigliò il benzoato di mercurio. Ma i due liquidi ai quali si è specialmente ricorso sono il liquore di Van Swieten e l'acqua al naftol.

Incisione diretta. — Essa si pratica in uno od in due tempi. L'*incisione in due tempi* consiste nell'incidere la parete addominale, compreso il peritoneo parietale, sino alla cisti. La ferita viene allora riempita con garza antisettica, e otto o nove giorni dopo in una seconda seduta si incide la cisti stessa. L'*incisione diretta in un solo tempo* si pratica in condizioni differenti secondo che essa è fatta per la via addominale, per la via lombare o per la via transpleurale. L'*incisione per la via addominale,* conosciuta sotto il nome di incisione di Lindemann-Landau (9), non è altro che una laparotomia mediana o laterale, nella quale si applicano i precetti operatorii ai quali bisogna sempre uniformarsi quando si tratta d'aprire per via transperitoneale una cavità patologica o normale di cui si desideri evacuare il contenuto e fissare le pareti ai labbri della ferita addominale. I diversi tempi sono i seguenti: incisione della parete addominale, evacuazione della cisti per mezzo della puntura, incisione della cisti e sutura dei labbri dell'incisione cistica ai margini della ferita addominale, con seta piatta di preferenza affine di ridurre al minimo la possibilità di lacerazioni. Le identiche considerazioni si applicano all'incisione *per la via lombare,* con questa sola particolarità che si incide al difuori della massa sacro-lombare attraverso il quadrato dei lombi.

L'*incisione transpleurale,* proposta da Israël (di Berlino), consiste nel raggiungere la cisti attraversando successivamente la parete toracica, la cavità pleurale ed il diaframma. Per aver luce, è indispensabile combinare l'incisione con la resezione costale. L'incisione del cul di sacco pleurale non ha gl'inconvenienti che si potrebbero temere, ed io già tre volte ho potuto constatare che l'assenza di aderenze non deve far temere lo pneumotorace. Per prevenire questa complicazione mi sono sempre contentato di fare deprimere la parete toracica dalla mano d'un assistente, posta a piatto al disopra dell'incisione, mentre si attraversa lo spazio pleurico; poi, una volta inciso il diaframma, i labbri della sua incisione devono essere tirati verso l'esterno e mantenuti in questa posizione sino al momento in cui l'applicazione dei punti di sutura permette d'assicurare definitivamente il

---

(1) Demons, in Lescure, Tesi di laurea. Bordeaux 1888.
(2) Juhel-Rénoy, *Soc. méd. des hôp.*, 26 luglio 1889, 13 giugno 1890.
(3) Chauffard, *Soc. méd. des hôp.*, 26 luglio 1889.
(4) Bouilly, citato da Potherat, pag. 66.
(5) Trélat, loc. citato.
(6) Mesnard, *Soc. méd. des hôp.*, gennaio 1890.
(7) Merklen, *Soc. méd. des hôp.*, 13 giugno 1890.
(8) Camescasse, citato da Morin, loc. cit., Osserv. XIV.
(9) V. Kirchner, *Inaug. diss.* Berlino 1879.

contatto dei fogli pleurali. In quanto all'*enucleazione delle cisti od alla resezione del segmento epatico* affetto da degenerazione cistica, queste due operazioni si definiscono da loro stesse. Esse non sono evidentemente possibili che per mezzo della laparotomia e nei due casi resta una breccia epatica, la quale si può, secondo le circostanze, ricucire e ridurre, o fissare alla parete addominale dopo averla peduncolizzata per mezzo di una legatura elastica.

Ricordati questi punti di tecnica operatoria, possiamo passare alla cura propriamente detta e vedere quali sono le indicazioni a cui bisogna soddisfare secondo i casi particolari.

Anzitutto mi pare indispensabile stabilire come precetto formale che la cura deve essere assai differente, secondo che la cisti è o non è suppurata. Nel primo caso non c'è, a mio avviso, discussione possibile: l'incisione diretta, immediata e larga, costituisce la sola cura razionale. Che la puntura seguita da iniezione di sublimato, abbia fatto qui « dei miracoli » nelle mani di Netter e di qualche altro medico, ne convengo. Ma proclamare con Mesnard e Morin che « il trionfo del metodo è la guarigione delle cisti suppurate » è formulare un precetto inaccettabile ed assai pericoloso. In realtà ogni cisti idatica suppurata non è altro più che un ascesso del fegato, e come tale deve essere curata. Si praticherà dunque sempre l'incisione immediata nelle condizioni variabili che noi ora preciseremo, e la sola differenza che vi sia tra l'incisione d'una cisti suppurata e quella d'un ascesso propriamente detto è che non bisogna mai dimenticare di suturare colla massima cura ai labbri dell'incisione addominale i bordi dell'incisione della cisti.

Quando la cisti non è suppurata, la cosa cambia affatto e le indicazioni dipendono dalla sede o dalla varietà anatomica della cisti. Sotto quest'ultimo punto di vista si può osservare dapprima che la cura deve variare secondo che si tratti d'una cisti propriamente detta, oppure di quelle masse di piccole cisti agglomerate, di cui qualche autore ha segnalato l'esistenza. È difatti in quest'ultimo caso che è forse indicato seguire la condotta di Loreta [e Tansini] o di Terrillon e di resecare il segmento del fegato invaso dalla degenerazione cistica. Si potrebbe allora ricorrere di preferenza al processo operativo impiegato da Terrillon, vale a dire al trattamento extraperitoneale con legatura elastica del peduncolo [e, quando è possibile, al trattamento più *ideale* della sutura, come fece il *Tansini*. (D. G.)]. Ma in tal caso si tratta di un'indicazione che io ritengo eccezionale; m'affretto a ritornare alla cura delle cisti idatiche propriamente dette; ed è qui che è necessario modificare la condotta secondo la sede della cisti.

Le cisti sotto-epatiche anteriori, che piglio in esame per le prime, esigono certamente una terapia speciale. Esse si sviluppano difatti nella cavità addominale allo stesso modo delle cisti ovariche. Sono dei tumori addominali a peduncolo epatico più o meno importante, e la sola cura che loro conviene è l'ablazione totale o quasi totale con la laparotomia sopra la linea mediana. È a Terrier (1) che devesi, in Francia, la prima osservazione di cisti antero-inferiore peduncolata curata in siffatto modo. In seguito, i fatti di questa natura si sono moltiplicati (2),

(1) Terrier, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 27 maggio 1866.

(2) V. Potherat, loc. citato.

e l'opportunità della laparotomia nei casi di questo genere è ammessa da tutti i chirurghi. Naturalmente l'ablazione sarà più o meno estesa secondo i casi e specialmente secondo che esistono o no delle aderenze. Allorquando queste sono assai numerose, può darsi che si sia obbligati di contentarsi di una resezione insignificante, ma questa è un'eccezione, e Lucas-Championnière (1) ci ha dimostrato che l'ablazione era possibile anche con aderenze assai estese. In quanto all'enucleazione totale, io la credo assai raramente indicata. Quantunque Pozzi (2) abbia pubblicato un bell'esempio di cisti sottoepatica guarita per mezzo dell'enucleazione totale, io credo che in realtà questo metodo radicale presenti i suoi pericoli, e per poco che le connessioni della cisti e del fegato siano estese, parmi prudenza l'astenersene. Ne ho date le ragioni (3); il tessuto del fegato è sempre friabile ed assai emorragico, si presta molto male alla trazione delle suture, e poichè l'ablazione incompleta con sutura alla pelle dei labbri della capsula cistica residua dà i più segnalati successi senza creare alcun serio pericolo, io penso che vi abbia ogni vantaggio a riservare l'ablazione totale alle cisti nelle quali questo modo d'intervento si trova, per così dire, imposto, sia per la piccolezza del peduncolo, sia per la reale semplicità delle manovre richieste dalla sutura della breccia epatica risultante dall'enucleazione cistica. Nel caso di Pozzi la ferita del fegato è stata suturata col catgut, poi fissata alla parete addominale, provvedendo al drenaggio. Ne risulta che, anche nei casi di cisti assai mobile ed assai nettamente peduncolata, si sarà quasi sempre condotti a lasciare un peduncolo nell'angolo superiore della ferita addominale. Comunque siasi, resta inteso che questa varietà per così dire addominale delle cisti epatiche non può avere altra cura che la chirurgica mediante la laparotomia. Ogni tentativo di puntura aspiratrice sarebbe qui perfettamente fuori luogo, nel senso che provocherebbe sicuramente il passaggio del contenuto della cisti nella cavità peritoneale, ed esporrebbe a lesioni viscerali più o meno serie.

Nelle tre altre varietà di cisti la cosa è assai differente e noi siamo i primi a riconoscere che l'inefficacia d'una cura medica anteriore sola può legittimare l'intervento chirurgico propriamente detto. In tutte le cisti di cui qui si tratta (cisti antero-superiori, cisti postero-superiori o sotto-diaframmatiche e cisti postero-inferiori) la cura deve *sempre cominciare con una puntura esploratrice e il più possibilmente evacuativa, seguìta o no dall'introduzione d'un liquido antisettico o parassiticida.* È ben inteso che questa puntura è indicata tosto che si supponga l'esistenza della cisti, e la questione una volta così discussa dell'epoca alla quale conviene intervenire (4) non preoccupa più alcuno. Tutti sanno che bisogna intervenire il più presto possibile. A rigore possiamo contentarci di questa prima puntura quand'essa riesca ad un'evacuazione totale. Numerose osservazioni (5) provano che la guarigione è possibile in queste circostanze, vale a dire quando le cisti contengono poche o nessuna vescicola figlia.

---

(1) Potherat, loc. cit.. osserv. XLVI.

(2) S. Pozzi, *Congrès de Chirurgie*, 1888, pag. 545.

(3) P. Ségond, *Ibid.*, pag. 550.

(4) Magnant, Tesi di laurea. Parigi 1877.

(5) V. le osservazioni raccolte da Potherat e Triaire, *Gaz. hebd. de Méd. et de Chirurgie*, 1888, pag. 741.

Tuttavia, all'epoca presente, sembra essere ammessa come formale l'indicazione di combinare sempre la prima puntura evacuativa, sia questa completa o no, con uno dei processi del metodo delle iniezioni antisettiche ed idaticide, ed ecco, mi pare, come si possa giudicare il loro valore reciproco. Come fa osservare Debove (1), il processo di Baccelli espone agli inconvenienti delle evacuazioni incomplete. Così noi lo dobbiamo considerare come uno espediente e riservarlo pei casi in cui sia impossibile fare di meglio, come succede quando la puntura resta senza risultato alcuno, grazie alla molteplicità delle vescicole figlie. Al processo di Debove non si può punto fare lo stesso rimprovero, ma esso alla sua volta non è senza inconvenienti. In un gran numero di casi, difatti, è impossibile ritirare tutto il liquore di Van Swieten iniettato e l'intossicazione che ne risulta può produrre conseguenze serie. Il fatto pubblicato da Wilbouchewitch (2) dimostra che può uccidere, e ciò è molto per una cura puramente medica. D'ordinario si passa con grande facilità sopra questi inconvenienti, ma io credo necessario insistervi, e confesso che le mie apprensioni sono sempre grandi allorquando debbo procedere ai diversi tempi di questi che si dicono interventi medici e che per essere molto semplici in apparenza, sono cionondimeno circondati da difficoltà e da pericoli. Le lavature coll'acqua naftolata sopra-satura all'1 per 2000 od all'1 per 1000, preconizzate da Chauffard e Juhel-Rénoy, permettono senza dubbio di applicare il processo Debove senza esporre l'ammalato al rischio di un'intossicazione. Ma, a dispetto dell'accoglienza entusiastica (3) fatta da principio alle iniezioni naftolate, le osservazioni confermative fanno ancora difetto. Per parte mia, ho adoperato due volte (4) senza il menomo vantaggio il liquido formulato dallo stesso professore Bouchard (5), ed io credo che le soluzioni di sublimato siano le sole che si possano adoperare con serie probabilità di riuscita. Il processo di Debove, non potendo essere efficace se non in queste condizioni, resta dunque un processo pericoloso, e quantunque esso abbia nel suo attivo dei successi incontestabili, quantunque io stesso gli debba un bel caso di guarigione che data da più di due anni, penso che in generale si debba accordare la preferenza al processo di Hanot (6). Mediante quest'ultimo si svuota la cisti il più che si può e si lascia nella borsa una dose di sublimato inferiore alla dose tossica, vale a dire 15, 20 o 40 grammi di liquore di Van Swieten. Non v'ha dunque alcun pericolo da temere. Io non vorrei peraltro peccare di esagerazione; in caso di cisti molto voluminosa, può darsi difatti che riesca utile ricorrere alle grandi lavature di Debove, senz'altro pensiero della dose del sublimato. Ma allora conviene guardarsi dall'intossicazione per mezzo di lavature complementari all'acqua sterilizzata, o meglio ancora all'acqua satura di cloruro di sodio, come Chantemesse ha consigliato. I fatti attualmente conosciuti non mi permettono di precisare meglio la cosa. Il solo punto che devesi ritenere è la necessità di provare dapprima la

(1) Debove, *Gaz. hebd. de Méd. et de Chirurgie*, 1888, pag. 694.
(2) Wilbouchewitch, *Rev. mens. des maladies de l'enfance*, settembre 1891, pag. 408.
(3) Mirande, Tesi di laurea. Bordeaux 1890.
(4) Paul Segond, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1889, pag. 283.
(5) Bouchard, *Progrès méd.*, 1889, pag. 171.
(6) Morin, loc. citato.

cura medica ogni qualvolta ci troveremo in presenza d'una cisti non suppurata e non appartenente alla varietà antero-inferiore o addominale.

Messo in opera questo primo tentativo medico, l'ammalato deve essere, durante molti giorni, sorvegliato colla più grande cura. Poi se la guarigione non sopravviene, ciò che è ancora assai frequente, devesi senza il menomo indugio passare alla cura chirurgica propriamente detta. Questa indicazione dell'intervento chirurgico sorge in due circostanze principali. Ora essa è stabilita dalla comparsa dei sintomi generali o locali attestanti la suppurazione della cisti; l'indicazione è allora urgente ed immediata. Ora essa risulta semplicemente da ciò che il liquido della cisti si riproduce senz'altro in capo ad un tempo più o meno lungo, ed in questo caso essa è un po' meno precisa; si può allora tentare una o due volte ancora la cura per mezzo delle lavature o delle iniezioni antisettiche. Questa eccezione si applica tanto alle riproduzioni immediate del liquido cistico, quanto alle recidive più lente, ed in questo caso del resto essa è tanto più giustificata in quanto che molto sovente non si tratta, a vero dire, d'una recidiva, ma dello sviluppo di una nuova cisti. Tuttavia io ci tengo bene a dichiarare che è indispensabile di non mai oltrepassare i limiti abbastanza estesi assegnati alla terapia medica. Altrimenti ci esporremmo a tutti i pericoli del metodo delle punture ripetute, metodo deplorevole fra tutti. Può darsi che certe cisti abbiano potuto guarire mediante questa cura, e tutti citano la guarigione ottenuta da Dieulafoy dopo una serie di trecento punture. Ma queste sono esperienze che, quantunque mediche, non sono perciò meno pericolose. Io non comprendo quindi come possa essere necessario discutere ancora questo punto della pratica. Il fatto è evidente: non bisogna mai, e sotto nessun pretesto, ricorrere al metodo delle punture ad oltranza.

Senza cadere negli eccessi delle punture ripetute, ci sarebbe qualche vantaggio a ricorrere alla cura eclettica recentemente consigliata da Bouveret (di Lione)? Io non credo. Bouveret propone difatti: 1° la puntura aspiratrice semplice; 2° la puntura con grosso trequarti e cannula a permanenza, se il tumore persiste; 3° l'intervento chirurgico propriamente detto, quando le due prime operazioni non sono riuscite. Ora, come dicono assai bene Reclus e Forgue (1), « perchè dunque snervare ed indebolire l'ammalato con un triplice intervento reso troppo spesso necessario dalla non riuscita dell'aspirazione e del trequarti con cannula a permanenza? ». Per parte mia non vi trovo che degli inconvenienti.

Segnati così i limiti della cura medica, non ci resta più che da studiare le condizioni dell'intervento chirurgico propriamente detto nelle tre varietà cistiche di cui parlammo. Io mi occuperò sopra tutto delle operazioni in un tempo solo. Non ignoro che l'incisione in due tempi conta ancora un certo numero di difensori, ma confesso che il valore dei loro argomenti mi sfugge, e per parte mia non credo che questa maniera di fare sia vantaggiosa, anche quando le cisti non sono suppurate. Ciò che lo prova molto bene, è che le osservazioni pubblicate dai partigiani dell'incisione in due tempi parlano esse stesse nel senso a cui io accenno. Un fatto pubblicato da Heydenreich (2) nel 1889 è a questo riguardo assai

(1) E. Forgue et P. Reclus, *Traité de thérapeutique chirurgicale*. Parigi 1892, t. II, pag. 725.
(2) Heydenreich, *Sem. méd.*, 1889, pag. 81.

dimostrativo. Si tratta di un bambino di 8 anni affetto da una cisti del fegato. Il 26 novembre, in una prima seduta, la parete addominale viene incisa sino alla cisti. Dieci giorni dopo seconda cloroformizzazione; ma le aderenze non sono punto ancora sufficienti, e questo secondo intervento non dà altro risultato se non quello di una elevazione termica a 39°,6. Infine il 10 dicembre terza seduta. Questa volta le aderenze sono solide, la cisti viene evacuata ed il 4 marzo la guarigione è completa. Come dissi alla Società di Chirurgia (1), io non vedo come un simile fatto possa parlare in favore dell'incisione in due tempi. L'incisione in un tempo avrebbe dato lo stesso risultato più presto e molto meglio. Si può ancora aggiungere ch'essa sarebbe stata, nel caso speciale, tre volte meno grave che l'incisione in due tempi.

Le *cisti antero-superiori* sono ordinariamente intra-epatiche nella maggior parte della loro estensione od anche completamente nascoste nel parenchima ghiandolare, e la cura migliore di esse è l'incisione diretta di Lindemann-Landau che si combinerà secondo le circostanze coll'escisione più o meno estesa delle pareti cistiche. In una comunicazione fatta alla Società di Chirurgia il 6 aprile 1887, io ho dimostrato come questa resezione possa essere indicata anche quando la cisti sia tutta ricoperta da tessuto epatico. Le indicazioni di questa escisione non sono punto basate sopra il desiderio di affrettare il lavoro di cicatrizzazione, e come fece osservare Poulet (2), le osservazioni dimostrano ch'essa non accelera punto la guarigione. Il vantaggio indiscutibile di queste resezioni parziali è, a mio avviso, quello di fare corrispondere la ferita addominale alla parte più declive della cisti, di favorire così il libero scolo dei liquidi e di opporsi perciò anche ad ogni fenomeno di ritenzione. Le sole contro-indicazioni di queste resezioni parziali sono le *aderenze peritoneali* che è sempre prudente di rispettare, lo *spessore troppo pronunciato dello strato epatico* situato davanti della cisti e la *friabilità* spesso eccessiva delle pareti cistiche. Sia l'incisione completata o no dall'escisione più o meno estesa delle pareti cistiche, i fatti che dimostrano la superiorità di questo metodo di cura sono ora assai numerosi, e si trovano accuratamente messi in rilievo in un gran numero di pubblicazioni, fra le quali citerò sopra tutto i lavori di Braine, di Baudouin e di Potherat.

Le *cisti postero-superiori* o *sotto-diaframmatiche* sono accessibili per due vie: la via addominale e la via pleurale. L'incisione per la via addominale anteriore sembra in sulle prime assai difficile. Essa è tuttavia possibile, e quattro fatti pubblicati da Landau (3) nel 1886 dimostrano che si possono evacuare per mezzo di una incisione transperitoneale anteriore delle cisti sotto-diaframmatiche assai profondamente situate, alla condizione di fare subire al fegato diverse manovre, di abbassarlo, di farlo ruotare in avanti, di fissarlo in questa nuova posizione con suture appropriate. Quantunque Bouilly abbia seguìto questa pratica in un caso citato da Potherat, egli è evidente che un simile modo di procedere non manca di presentare delle difficoltà o dei pericoli. Così gli si deve preferire sempre

(1) P. Segond, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1889, pag. 285.
(2) Poulet, *Rev. de Chir.*, 1886, pag. 44.
(3) Landau, *Soc. med. di Berlino,* 29 novembre 1886; *Sem. méd.*, 1885, pag. 511.

la via transpleurale che Israël (di Berlino) ha preconizzato per la prima volta nel 1879, e di cui ho cercato dimostrare io stesso i vantaggi comunicando al Congresso di Chirurgia del 1888 i due primi casi di cisti sotto-diaframmatiche operate in Francia per via transpleurale. Canniot (1), nella tesi che gli ha ispirato il professore Lannelongue, pensa che la resezione del limite inferiore del torace può facilitare assai l'accesso anteriore delle cisti sotto-diaframmatiche, e questo modo di vedere, fino ad ora teorico, è assai sostenibile. Per parte sua Bœckel (2) crede che certe cisti sotto-diaframmatiche sviluppate nella parte extra-peritoneale del margine posteriore del fegato possano raggiungersi passando verso la parte media della settima costa senza aprire nè la pleura, nè il peritoneo. Io non sono però meno convinto che per le cisti sotto-diaframmatiche situate assai profondamente, la via transpleurale con resezione costale sufficiente deve rimanere il metodo di elezione. Questa conclusione che mi era stata ispirata dalle osservazioni d'Israël di Genzmer, di Bulau e d'Owen, come pure dalle mie due osservazioni personali, si trova confermata dai fatti ulteriori di Maunoury (2), di Bœckel (4) e di Bergada (5). In quanto ai pretesi vantaggi dell'incisione in due tempi, io li contesto tanto per l'apertura transpleurale, quanto per l'apertura transperitoneale. Allorquando si dispongono a dovere le suture, non si deve temere alcun pericolo e si ottengono tutti i vantaggi di una evacuazione totale e definitiva.

Le *cisti postero-inferiori* sembrano essere le più rare. Allo stesso modo delle raccolte retro-peritoneali, esse vengono a far capo alla regione dei lombi, e, come fece osservare Villaret (6), esse sono sopra tutto adatte per l'incisione lombare. Senza dubbio si può raggiungerle per la via transperitoneale anteriore e trattarle definitivamente a guisa di tutte le raccolte peritoneali profonde, come Potherat ne dà parecchi esempi; ma sembra più razionale accettare il consiglio di Villaret. Si giunge così più rapidamente sopra la cisti, non occorre preoccuparsi del peritoneo ed il drenaggio si fa nel luogo d'elezione. Due fatti della mia pratica dimostrano assai bene i vantaggi di questo modo di fare. In due ammalati operati per la via addominale io non ho potuto ottenerne la guarigione che per mezzo di un'incisione lombare consecutiva.

Per maggior chiarezza credo necessario riassumere tutti i particolari che precedono in proposizioni concise.

La cura delle cisti del fegato deve variare secondo i casi particolari. Le cisti suppurate saranno tutte curate per mezzo dell'incisione diretta, immediata, senza tentativo antecedente di cura medica. Le cisti non suppurate sono esse stesse passibili dell'intervento chirurgico immediato, senza cura medica antecedente, ogni qualvolta appartengono alla varietà di cisti sotto-epatiche, peduncolate. Le masse multiloculari, costituite dall'agglomerazione d'un numero più o meno grande di piccole cisti, sembrano anch'esse adatte per l'intervento chirurgico immediato,

(1) Canniot, Tesi di laurea. Parigi 1891.
(2) Bœckel, *Gaz. hebd.*, 8 febbraio 1889, pag. 69.
(3) Maunoury (di Chartres), *Congrès français de Chirurgie*, 1888, pag. 538.
(4) Bœckel, loc. citato.
(5) Bergada, Tesi di laurea. Parigi 1889.
(6) Villaret, *Semaine médicale*, 1886, pag. 512.

con resezione del segmento epatico (epatectomia propriamente detta). In tutti gli altri casi di cisti idatiche non suppurate si deve cominciare dal provare la cura medica colla puntura aspiratrice, ricorrendo di preferenza al processo preconizzato da Hanot. Ove questo primo tentativo fallisca, si può a rigore rinnovarlo una volta o due, se non esiste alcuna minaccia di complicazione suppurativa, ma in caso d'insuccesso, bisogna guardarsi dal perseverare in questa via e senza ritardo si ricorrerà alla cura chirurgica. Questa comprende diversi processi operativi che possedono come carattere comune l'incisione larga della cisti. Ma secondo i casi devesi combinare questa incisione coll'escisione più o meno completa od anche colla enucleazione totale. Inoltre la via che bisogna seguire varia colla sede della cisti.

L'incisione diretta si pratica per tre vie: la via addominale anteriore, la via transpleurale e la via lombare. La via addominale (laparotomia mediana o laterale) deve essere riservata alle cisti antero-inferiori ed alle cisti antero-superiori. Combinata colla resezione del bordo toracico, essa può condurre alle cisti sotto-diaframmatiche quando queste non sono troppo profondamente situate. La via transpleurale con resezione costale è la migliore per giungere alle cisti sotto-diaframmatiche profondamente situate. La via lombare presenta gli stessi vantaggi per le cisti postero-inferiori. L'incisione praticata per l'una di queste tre vie può essere fatta in un tempo od in due tempi. Ma l'incisione in due tempi (processo di Volkmann) non presenta alcun serio vantaggio e di più essa è controindicata quando la cisti è suppurata. L'incisione semplice senza resezione delle pareti cistiche è sola possibile per le cisti postero-superiori, e per le postero-inferiori trattate per la via transpleurale o per la via lombare. Bisogna ad esse limitarsi pure in caso di cisti antero-inferiori quando sono aderenti, o per le cisti antero-superiori quando delle aderenze, la friabilità della cisti o lo spessore dello strato epatico d'involucro vietino la resezione.

L'incisione combinata coll'escisione parziale delle pareti conviene unicamente alle cisti curate per mezzo della laparotomia; se ne troverà dunque soltanto la indicazione nelle cisti antero-superiori. L'incisione seguita dall'ablazione quasi totale, con formazione d'un peduncolo, è esclusivamente applicabile alle cisti antero-inferiori che si peduncolizzano per isvilupparsi nell'interno della cavità addominale. In quanto all'enucleazione della cisti, essa è molto eccezionalmente indicata.

Nello studio precedente io ho dovuto lasciar da parte molti particolari, e specialmente ho trascurato di domandare alle statistiche la dimostrazione dell'efficacia e della benignità dei metodi che la chirurgia moderna preconizza nella cura delle cisti del fegato. Gli è che difatti questo lavoro mi avrebbe portato troppo lontano, e poi conviene dire che questa dimostrazione non è più necessaria. I bollettini della nostra Società di Chirurgia ne fanno sufficiente testimonianza. Se mi fosse permesso d'invocare la mia statistica personale, io potrei riportare qui 14 osservazioni assai dimostrative di cui parecchie sono già pubblicate, ma ripeto che credo inutile insistere. Seguendo le regole operatorie che io ho riassunto (tal fatto è ora riconosciuto), si ottengono nella maggioranza dei casi i risultati più soddisfacenti, il decorso postoperatorio è assai semplice e la guarigione si ottiene a poco a poco completa e definitiva.

Il solo punto debole della cura chirurgica trovasi nella possibile molteplicità delle borse cistiche e nelle difficoltà che si incontrano per metterle tutte allo

scoperto. Così una cisti passata inosservata può suppurare a fianco di una borsa largamente aperta, e provocare uno scioglimento fatale prima che sia possibile riconoscere la causa degli accidenti. All'infuori di questa eventualità, si può dire che le complicazioni serie sono eccezionali. È tuttavia necessario qui segnalare fra gli accidenti consecutivi possibili la colerragia, la carie delle costole e le fistole persistenti. Le analogie che esistono a questo riguardo tra le cisti e gli ascessi del fegato non potrebbero sorprendere, tanto più che le tre complicazioni precedenti si osservano sopra tutto in seguito alla spaccatura delle cisti suppurate, ed io non credo punto necessario d'insistere per dimostrare che non si potrebbero trovare quivi gli elementi di un'argomentazione contro la superiorità della cura chirurgica.

La *colerragia* si presenta qui con gli stessi caratteri e sotto l'influenza delle medesime cause che negli ascessi del fegato. Essa può essere assai abbondante (1). In un caso citato da Wechselmann (2), lo scolo della bile saliva sino a 750 grammi per giorno, ed in un operato, di cui ho comunicato l'osservazione alla Società di Chirurgia (3), fu necessario, durante sei settimane almeno, rinnovare più volte la medicazione costantemente impregnata d'una quantità considerevole di bile. Questa complicazione del resto è rara. Lo stesso è della *carie delle coste* che ho per parte mia osservato una sola volta. Si trattava di una cisti sotto-diaframmatica operata per via transpleurale ed io dovetti resecare la costa ammalata per ottenere la guarigione della fistola consecutiva. La carie costale non era qui piuttosto la conseguenza della fistolizzazione prolungata, che non la sua causa propriamente detta? Io così penso, e sono indotto a credere che la cosa vada in tal modo in tutti i casi consimili. La complicazione dominante è dunque la fistola ed è d'altronde quella che è il più spesso notata. Queste *fistole consecutive* hanno per causa frequente il restringersi troppo rapido dell'incisione, quando la borsa cistica non potendo impicciolirsi per aderenze o per lo spessore delle pareti, resta allo stato di recesso più o meno anfrattuoso. Ma anche spesso, e notevolmente nei casi di cisti sotto-diaframmatiche situate in alto, la rigidità delle pareti toraciche è la causa principale dell'assenza di cicatrizzazione. Ne risulta che se lo sbrigliamento largo delle fistole è sempre il miglior mezzo da seguire, converrà sovente, come ho detto a proposito della cura degli ascessi del fegato, completare l'intervento colla resezione delle coste od anche del bordo costale.

Un'ultima osservazione assai utile a fare è che la laparotomia e l'apertura larga delle cisti del fegato trovano la loro indicazione tanto per le cisti suppurate o non suppurate che sono ancora chiuse da ogni parte, quanto per le cisti che si sono spontaneamente aperte negli organi o nelle sierose vicine. I beneficii, che l'intervento chirurgico può dare nei casi di questo genere, sono evidenti, e già molte osservazioni ne fanno testimonianza. A questo riguardo posso citare a titolo d'esempio assai confermativo da una parte il bel successo che la laparotomia ha dato a Périer (4) in una cisti idatica rottasi nella cavità peritoneale con

(1) Verneuil et Thierry, *Gazette médicale de Paris,* 1890, nn. 45 e 46.
(2) Wechselmann, *Cent. f. Chir.*, 1885, n. 37.
(3) Landouzy et Paul Segond, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 6 aprile 1887.
(4) Périer, *Mercredi médical,* 1890, pag. 499 (Comunicazione all'Accademia).

mescolanza della bile al liquido della cisti, e, dall'altra parte, la guarigione che io ho ottenuto colla incisione traspleurale in un caso assai grave di cisti idatica suppurata aperta nei bronchi. La giovine donna alla quale faccio allusione mi era stata indirizzata dal professore Bouchard; essa era ridotta all'ultimo stadio del deperimento e dell'eticità allorchè la operai; l'intervento le ha hato due anni di salute con ritorno completo della floridezza e delle forze; in seguito essa è morta improvvisamente di emottisi fulminante, e, sia detto fra parentesi, io credo che essa sia sempre considerata dal medico che l'aveva curata dieci anni prima, come un successo della puntura esploratrice.

CAPITOLO V.

FEGATO MIGRANTE (EPATOPTOSI)

La storia dell'epatoptosi è nata nel 1866 coll'osservazione pubblicata da Arnaldo Cantani. In seguito ad essa le due monografie di Chvostek e di Blet, qualche fatto isolato e l'articolo di Rendu hanno precisata la sintomatologia del fegato ambulante. Ma soltanto ai progressi della chirurgia epatica e specialmente alla recente osservazione d'epatopexia pubblicata da Gérard Marchant, era riservato di completare le nostre conoscenze sopra questa affezione d'altronde assai rara.

Arnaldo Cantani, Caso di fegato ambulante; *Annali univers. di Med. e Chir.*, nov. 1866, pag. 373. — Blet, Étude sur le foie mobile. Tesi di Parigi, 1876. — Rendu, *Dictionnaire encycl. des Sc. méd.*, serie 4ª, t. III, pag. 268. — F. Schwarz, Un cas de foi mobile; *Société méd. de Vienne*, 1° giugno 1883. — Larionoff, Un cas de foie mobile; *Jijnid. klin. Gaz.*, 1885, n. 52. — Maragliano, Foie mobile; *Riforma med.*, 18 marzo 1889. — Rahden, Un cas de foie mobile; *Deutsche med. Wochenschr.*, 1887, pag. 106. — Johnson Symington, Variation de volume et de position du foie; *Brit. med. Journal*, dicembre 1886, pag. 1137. — Langenbuch, Réunion libre des chirurgiens de Berlin, 13 ottobre 1890; *Mercredi méd.*, 1891. — Gerard Marchant, Communication à l'Acad. de Méd., 25 agosto 1891, e Memoria inedita che ci servì per la redazione del presente articolo.

Eziologia. — La mobilità anormale del fegato si osserva in due condizioni assai differenti. Talvolta essa riguarda solo una porzione limitata della glandola che si è ipertrofizzata e più o meno peduncolizzata, talvolta è l'organo tutto intiero che ha perduto la sua fissità sotto l'influenza di un'imperfezione congenita o acquisita del suo apparato sospensore.

I lobuli ambulanti che s'incontrano nel primo caso sono abitualmente una dipendenza del bordo anteriore del fegato. Il loro volume è variabile ed il loro peduncolo più o meno spesso (1). In certi casi è difficile ed anche impossibile precisare la causa della loro formazione, ma in altre circostanze la lobulizzazione sembra essere il risultato d'una specie d'allungamento ipertrofico provocato dagli

(1) Langenbuch, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1888, n. 3.

stiramenti d'un tumore della vescicola biliare. Riedel (1) e Terrier (2) hanno difatti dimostrato che nei casi di questo genere bastava praticare la colecistotomia per vedere il tumore sparire da sè stesso.

L'argomento non può impugnarsi, e si capisce come la lobulizzazione del fegato possa coincidere non solamente coi tumori della vescicola, ma accompagnare anche un neoplasma viscerale qualunque aderente al fegato.

L'eziologia del fegato ambulante propriamente detto è tutt'altra. La mobilità anormale del fegato implica difatti l'esistenza di una imperfezione materiale dell'apparato sospensore, e questa può essere congenita od acquisita. Le *deformità congenite* sono di due classi. Talvolta si tratta d'un eccesso di lunghezza dei foglietti del legamento coronario (caso di Wassiljew) (3), talvolta vi ha assenza d'una parte più o meno importante dell'apparato sospensore. In una osservazione di Longuet (4) i legamenti coronari ed i legamenti laterali non esistevano punto, dimodochè l'apparato sospensore era ridotto ad un solo legamento falciforme. L'organo dondolava come una bilancia male equilibrata.

Le *deformità acquisite* sono meno variate, nel senso ch'esse consistono unicamente nel rilassamento o nell'allungamento dei legamenti sospensori, ma per contro la loro patogenesi diviene più complessa. È tuttavia possibile giudicare abbastanza bene le cause che favoriscono la loro produzione. Queste formano tre gruppi.

Nel primo gruppo figurano le circostanze che agiscono respingendo meccanicamente il fegato dall'alto in basso. Tali sono la strettezza congenita od acquisita della base del torace, le cisti, od i tumori della faccia convessa del fegato, e, si dice, i versamenti pleurici. L'influenza della ristrettezza congenita del torace è stata sopra tutto messa in luce da Schatz; essa si capisce e dimostra come l'uso d'un busto troppo stretto possa avere anch'esso la sua parte eziologica. I tumori della faccia convessa hanno una parte più dubbia, e noi sappiamo che in generale essi provocano piuttosto un sollevamento del diaframma che non un abbassamento del fegato. In quanto ai versamenti pleurici, io non vedo punto come essi potrebbero meccanicamente provocare una repulsione del fegato con allungamento dei suoi legamenti sospensori, a meno che non vi sia nello stesso tempo una paralisi del diaframma. È noto infatti che Langenbuch (5) ha osservato in uno di questi malati l'esistenza di una paralisi difterica della metà destra del diaframma, e si suppone che quest'ultima complicanza, che viene a compromettere la sospensione del fegato, possa in una certa misura favorire il suo spostamento e la sua mobilità con un meccanismo per altro molto differente da quello della ripulsione.

Nel secondo gruppo troviamo una serie di circostanze la cui nociva influenza apparisce molto più chiaramente. Esse, difatti, hanno per comune carattere quello

(1) Riedel, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1888, nn. 29 e 30.

(2) Terrier. Vedasi Baudouin, *Lobe du foie flottant, calcul de la vésicule biliaire* (*Progrès méd.*, 18 agosto 1888).

(3) Wassiljew, *Petersb. med. Wochenschr.*, 1876, n. 3.

(4) Longuet, *Bull. de la Soc. anat.*, 1874, pag. 186.

(5) Langenbuch, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1891.

di abbandonare il fegato al suo proprio peso, se può così dirsi, privandolo più o meno dell'appoggio e del sostegno che la massa intestinale e sopra tutto la resistenza d'una parete addominale sana gli forniscono allo stato normale.

Le condizioni atte a portare a tale risultato sono facili a prevedere e si comprende che il fegato fluttuante abbia una marcata predilezione per le donne, per le multipare in particolare e per quelle il cui addome è, come succede, colpito in ogni parte da quel rilassamento di tutti i visceri che caratterizza l'enteroptosi. La coesistenza molto frequente del rene mobile, del fegato fluttuante (1) e persino della milza mobile (2) trova così la sua naturale spiegazione.

Nel terzo gruppo eziologico si devono collocare le alterazioni epatiche, congestive o neoplasiche, capaci d'aumentare il peso dell'organo, e capaci per conseguenza di cimentarne l'apparato sospensore. Aggiungiamo che queste diverse cause possono associarsi in una maniera variabile ed aumentare di altrettanto la loro azione rispettiva. È in questo modo che l'uso d'un busto troppo stretto, incapace di nuocere ad una donna giovane e robusta, potrà diventare una causa attiva di spostamento del fegato in una donna ch'abbia avuto dodici figli, come l'ammalata di cui parla Chvostek, ed esposta ai diversi inconvenienti d'un rilassamento eccessivo delle pareti addominali.

Quanto al meccanismo intimo di questi spostamenti, Winckler e Cantani hanno bensì detto che si poteva trovarli in una degenerazione grassa dei legamenti, o nelle modificazioni di struttura che possono essere date dalle peritoniti locali, ma queste sono pure ipotesi. La verità è che l'anatomia patologica dell'apparato sospensore dei fegati fluttuanti è ancora da farsi.

Sintomi e diagnosi. — Niente di più variabile che la fisionomia clinica del fegato fluttuante. Talvolta, come la nefroptosi, esso non manifesta alcun sintoma. Talvolta, invece, la mobilità anormale del fegato diviene il punto di partenza dei diversi disturbi il cui complesso si accorda così bene coll'idea d'un rene fluttuante come con quella d'uno spostamento del fegato. Il più comune di questi sintomi è una sensazione di peso o di stiramento, a cui gli ammalati cercano essi medesimi di portare sollievo col fasciare l'addome per mezzo di una larga cintura. Questo peso può dar luogo ad un vero dolore, e questo s'inacerbisce, per il solito, sotto l'influenza degli sforzi, dei movimenti e delle grandi inspirazioni. Ne risulta che anche senza avere dei fenomeni dolorosi particolarmente intensi, certi ammalati non son perciò meno obbligati di tralasciare ogni occupazione attiva. I disturbi possono essere più gravi ancora. In un gran numero d'osservazioni si vede difatti che gli ammalati sono in preda a crisi dolorose parossistiche le quali ricordano, fino ad ingenerare errore, gli accessi di colica epatica, tanto pei caratteri, o l'acerbità del dolore, come per le sue irradiazioni scapolari od ombilicali. L'apparire dell'itterizia anch'essa viene in certi casi a completare la somiglianza. Notiamo inoltre con Rendu e Winckler (3)

---

(1) Pichevin, *Coincidence d'un lobe du foie malade avec un rein flottant* (*Progrès médical*, 13 ottobre 1888).

(2) Mann, *Foie, rate et rein mobiles* (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1891, n. 85, pag. 1033; *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, dicembre 1891, pag. 876).

(3) Winckler, *Arch. für Gyn.*, 1872, IV, pag. 145.

che si formano talvolta dei leggieri accessi di peritonite adesiva in vicinanza del fegato congestionato. Rendu ha emessa l'ipotesi che la menstruazione, non fosse, forse, « senza influenza sul ritorno degli accessi dolorosi ».

Sebbene le osservazioni sieno ancora mute a questo riguardo, e Gérard Marchant nell'osservazione che a lui appartiene, abbia ricercato questa coincidenza senza trovarla, l'opinione di Rendu è così razionale e così bene in rapporto con quello che succede nei casi di rene fluttuante che mi par difficile non credere alla sua ulteriore conferma.

Comunque sia, quando i parossismi dolorosi si ripetono, essi provocano rapidamente dei disturbi nervosi, come l'itterismo e l'ipocondria. Inoltre i disturbi generali e locali che dipendono direttamente dalla mobilità anormale del fegato, si complicano quasi sempre coi disturbi digestivi dell'enteroptosi e la salute generale non tarda a subirne i contraccolpi più serii. Tantochè gli ammalati, ridotti alla impossibilità di camminare senza tenere il corpo fortemente curvato in avanti e tormentati dagli accessi che provocano tutti i bruschi movimenti, si rassegnano a vivere nel letto, e persino in questo essi trovansi ancora nella necessità d'evitare la posizione laterale destra, e non possono sottrarsi ai risvegli dolorosi che il menomo sforzo, la tosse e le inspirazioni profonde possono provocare. Senza essere grave nel senso proprio della parola, la prognosi è dunque abbastanza seria perchè si abbiano avute tutte le ragioni di richiedere all'intervento chirurgico la scomparsa degli accidenti.

La diagnosi dell'epatoptosi totale è prima di tutto basata sui dati della palpazione addominale. Il fegato spostato si presenta all'esplorazione sotto forma d'un tumore mobile avente la consistenza, la forma ed il volume conosciuti della ghiandola. Quando lo spostamento si fa secondo il diametro trasversale, il bordo anteriore discende più o meno in basso e la faccia convessa dell'organo, divenuta anteriore, si può riconoscere in vicinanza dell'ombellico, o nell'ipocondrio destro. Per contro quando lo spostamento dell'organo si forma attorno all'asse anteroposteriore, la grossa estremità del fegato discende verso la fossa iliaca destra. In queste condizioni, l'esame diventa più delicato e le osservazioni provano che si può allora confondere l'epatoptosi col rene fluttuante, confusione particolarmente difficile da evitare quando vi è coesistenza dei due spostamenti. La percussione fornisce qui alcuni utili schiarimenti. Secondo quanto fanno osservare Cantani (1), Chvostek (2), Vogesland (3) e Rendu, « l'ipocondrio destro è la sede d'una sonorità insolita che si continua senza linea di demarcazione colla sonorità polmonare », ed inversamente l'ottusità riappare quando viene ridotto il tumore. Questo metodo d'esplorazione è prezioso. Ma quando vi sia da esitare tra uno spostamento del fegato ed un rene ammalato, la palpazione bimanuale resta il solo mezzo per istabilire una diagnosi precisa, e per il solito essa permette di formarsi un'opinione chiara sullo stato delle cose. Tuttavia le difficoltà dell'esplorazione possono essere tali da obbligare a praticarla nella narcosi cloroformica per renderla proficua.

---

(1) Cantani, *Caso di fegato ambulante* (*Ann. univers. di Med. e Chir.*, nov. 1886, pag. 373).

(2) Chvostek, *Wien. med. Presse*, 1875, pag. 885.

(3) Vogesland, *Virchow's Jahrb.*, 1872, pag. 172.

Come fa osservare Rendu, in presenza degli accessi dolorosi dell'epatoptosi può esservi un'altra questione da risolvere, cioè quella di sapere se lo spostamento del fegato sia sufficiente a spiegare tutto, e se non esista qualche lesione epatica concomitante calcolosa o neoplasica. Il decorso dei fenomeni e l'esplorazione molto attenta della regione sono i migliori mezzi per chiarire la cosa, e Rendu lo dice con ragione: « il sollievo rapido che segue la riduzione dell'organo spostato in caso di semplice lussazione del fegato non permette che si resti nel dubbio ». È ancora la sola palpazione che permetterà di riconoscere i tumori mobili e più o meno peduncolati, costituiti dai lobi fluttuanti; ma qui la diagnosi coi tumori del fegato e sopra tutto coi tumori della vescicola biliare diventa una delle più delicate, ed in molti casi, la determinazione della natura precisa del tumore scoperto coll'esplorazione manuale, non è possibile se non dopo la laparotomia esploratrice.

Cura. — Resta inteso che quando i disturbi sintomatici scompaiono colla riduzione e l'immobilizzazione dell'organo coll'aiuto d'una cintura addominale, ogni intervento operativo dev'essere escluso. Nel caso inverso l'indicazione operatoria non è più discutibile.

I chirurghi che hanno operato nel caso di lobulo fluttuante, hanno ricorso sia alla fissazione della porzione d'organo mobile, sia alla sua resezione, sia ancora all'influenza curativa indiretta d'una colecistotomia. La fissazione dei lobuli fluttuanti venne fatta per la prima volta da E. R. Tscherning (1) di Copenaghen e da Ritter von Acker (2) di Vienna. Quando non esista alcuna lesione concomitante della vescicola biliare, questa *epatopexia parziale* è l'operazione da preferire. Per contro, se la vescicola è distesa, la fissazione diventa una complicazione operatoria per lo meno inutile. Le osservazioni già citate di Riedel e Terrier provano difatti che la colecistotomia è sufficiente a provocare la regressione del lobulo ipertrofizzato e fluttuante. In quanto all'ablazione del lobulo, a meno che v'abbia un peduncolo molto distinto, essa non mi pare per nulla indicata, ed il successo operatorio ottenuto da Langenbuch (3) in un caso di questo genere non è certo di natura tale da farmi cangiar d'avviso, perchè la medesima sera dell'operazione, un'emorragia grave necessitò la riapertura del ventre.

Nei casi di mobilità anormale riguardante tutto un lobo del fegato od il fegato intero, l'epatopexia non fu finora praticata che da due chirurghi: Langenbuch e Gérard Marchant.

Langenbuch operò due ammalati. Nella prima operazione si trattava di una discesa del lobo destro del fegato. Accertata la diagnosi colla laparotomia mediana, Langenbuch fece un'incisione orizzontale della parete addominale parallelamente al bordo inferiore del fegato ridotto al suo sito normale; poi fissò il lobo destro con punti di seta che attraversavano le parti più spesse del fegato e gli strati muscolari della parete addominale. Il colon fu ugualmente fissato alla parete.

---

(1) E. R. Tscherning, *Beweglicher Schnürlappen der Leber durch Laparotomie fixirt* (*Centralblatt für Chir.*, 9 giugno 1888, n. 23, pag. 426).

(2) Ritter von Acker, *Wien. med. Wochenschr.*, 1886, nn. 14 e 15.

(3) Langenbuch, *Ein Fall von Resection eines linkseitigen Schnürlappens der Leber. Heilung.* (*Berl. klin. Wochenschr.*, 16 gennaio 1888, n. 3).

Sei settimane più tardi l'ammalato si alzava ed i disturbi non ricomparivano più. Nella sua seconda operazione, Langenbuch ebbe ancora a fare con una discesa del lobo destro. Allora seguì una tecnica un po' differente. Fece la sua incisione orizzontale lungo il limite delle false coste, e fissò il fegato non più alla parete, ma alle cartilagini costali con otto punti di seta che attraversavano tutto lo spessore della ghiandola e le cartilagini corrispondenti. Questo ammalato che anteriormente aveva subito una nefropexia del rene destro, fu completamente guarito colla sua seconda operazione. Nei due casi precedenti il lobo destro era solo in causa e per conseguenza Langenbuch non ha fatto che l'epatopexia parziale. La operazione di Gérard Marchant è molto più completa, in questo senso ch'essa fu rivolta ad un fegato migrante in totalità. L'organo ricollocato nella sua situazione normale fu sospeso al tessuto fibroso delle coste ed alla parete addominale con quattro fili di seta. L'andamento postoperatorio fu regolare e due mesi più tardi una nefropexia del rene destro portò la guarigione completa e definitiva. È questo il primo caso conosciuto d'epatopexia per caduta totale del fegato, ed il felice risultato che ha coronato questo intervento, torna a grande onore dei chirurghi che ne presero l'iniziativa.

Insomma tre operazioni e tre guarigioni che finora sembrano definitive, tale è il bilancio attuale dell'epatopexia. I fatti ulteriori ci permetteranno solo di portare un giudizio definitivo su quest'operazione nata da ieri.

Ma è necessario fin d'ora riconoscere ch'essa si presenta sotto una luce molto favorevole, e per parte mia, presentandosi il caso, non esiterei a praticarla.

CAPITOLO VI.

TUMORI DEL FEGATO E DELLA VESCICOLA BILIARE

I.

TUMORI DEL FEGATO

Hanot et Gilbert, Études sur les maladies du foie. Parigi 1888. — Ponfick, Ueber Leberresektion und Leberrekreation; *Centr. f. Chir.*, 1890, n. 25, pag. 67 (Suppl.). — Hochenegg, Ein Beitrag zur Leberchirurgie; *Wiener klin. Wochenschr.*, 1890, n. 12; Ein weiterer Beitrag znr Leberchirurgie; *ibidem*, 1890, n. 52. — Tiffany, The removal of a solid tumor from the liver by laparotomy; *Maryland med. Journal;* Baltimora 1890, t. XVIII, pag. 531. — Terrillon, Ablation partielle du foie; *Académie de Médecine*, seduta del 12 agosto 1890 e Rapporto di Duplay; *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 20 gennaio 1891. — Fogliani, Resection du foie; *Gazette des Hôp.*, 21 gennaio 1891. (Questo è il caso del Tonsini di cui sopra). — Skifosowsky, Excision of fibromyome lipomatodes, sarcomatodes, from the liver; *Vracht.*, 1890, n. 2, pag. 594. — Jacobs (di Bruxelles), *Arch. de Tocol. et de Gynéc.*, ottobre 1891, n. 10, pag. 742; *Centralbl. f. Chir.*, 1891, n. 6; analizzato in *Arch. gén. de Méd.*, ottobre 1891, pag. 435.

Non è certo ancor venuta l'ora d'annoverare la guarigione dei tumori del fegato fra i trionfi confermati della chirurgia addominale, anzi temo che essa per lungo

tempo non abbia a suonare. Tuttavia, durante questi ultimi anni, la possibilità, se non l'utilità, della resezione dei tumori del fegato propriamente detta, è stata dimostrata con un certo numero di ricerche esperimentali, e di esiti operatori degni d'attenzione.

I documenti più importanti che noi possediamo sulla chirurgia sperimentale del fegato, sono consegnati nelle pubblicazioni successive di Colucci (1), Bonanno (2), Babacci (3), Clementi (4), Ponfick (di Breslavia), Grimm e Glück (di Berlino). Ma i risultati ottenuti da questi tre ultimi osservatori meritano sopra tutto di essere qui riassunti. Sul coniglio, Ponfick (5) ha resecato un quarto, la metà, e persino i tre quarti del fegato. La resezione d'un quarto del fegato non ha avuto delle conseguenze gravi, nessuno dei conigli soccombette. La resezione della metà della ghiandola si è naturalmente dimostrata più seria, e tuttavia la maggior parte dei conigli ha ancora sopravvissuto. Infine, e non meno naturalmente, la mortalità si è accresciuta coll'estensione della resezione. Ma, risultato per lo meno curioso, 12 conigli hanno sopravvissuto alla soppressione di $^3/_4$ del fegato.

Grimm e Glück, di Berlino (6), hanno confermato queste prime asserzioni di Ponfick dichiarando a loro volta che nei conigli il cui fegato pesa da 30 a 50 grammi, si può levare senza pericolo 6, 10 e 15 grammi di tessuto epatico secondo la grossezza (s'intende sempre dei conigli). I medesimi due osservatori hanno aggiunto (ed il fatto è veramente naturale [? vedi sopra (D. G.)]) che un coniglio privato di due terzi del suo fegato soccombe fatalmente nei primi cinque giorni. E ciò non è tutto. In una seconda serie d'esperienze, Ponfick si accinse a dimostrare che dopo la resezione il tessuto epatico è suscettibile di una rigenerazione, e persino di una rigenerazione singolarmente rapida. In un coniglio di cui aveva resecato $^3/_4$ del fegato, avrebbe trovato, in capo a poco tempo, un fegato più grosso di prima. Senza troppo fermarci su questa rigenerazione veramente prodigiosa e costituita in grande parte, io immagino, da una ipertrofia congestiva e compensatrice, è certo che questi dati sperimentali hanno il loro interesse e meritano che vi si tenga dietro. Con tutto ciò io non credo che se ne debba esagerare il valore; il conchiudere dal coniglio all'uomo resterà sempre una dimostrazione contestabile, e se si dovessero trovare per l'innocuità dell'epatectomia *parziale* delle prove positive o semplicemente razionali, se ne avrebbero di molto migliori sia nei successi operatori che la resezione del fegato ha dato in tutti i tempi nel caso di ferite penetranti complicate da ernia di un pezzo di viscere, sia ancora nei risultati che dà ancora presentemente l'incisione delle cisti con escisione del loro involucro epatico.

Gli esiti operatorii di cui ho parlato sono, del resto, più dimostrativi ancora, poichè provano la possibilità di resecare ad un tempo il tessuto epatico stesso ed i tumori ch'esso può contenere. Tuttavia qui è necessario distinguere. Tra i fatti pubblicati in favore dell'ablazione dei tumori del fegato, ve n'è un certo

---

(1) Colucci, *Arch. ital. di Biologia*, luglio 1883, pag. 270; *Rev. d'Hayem*, 1884, t. II, pag. 80.

(2) Bonnanno, *Esperienze sull'emorragia e la resezione del fegato* (*Rif. med.*, 1889, n. 189).

(3) Babacci, *La sutura elastica del fegato* (*Rif. med.*, 1889, t. V, pag. 589).

(4) Clementi, *Expériences sur des chiens dans les résections du foie* (*Rif. med.*, 5 agosto 1890).

(5) Ponfick, *XIX Congrès de la Soc. allem. de Chir.* (*Centralbl. f. Chir.*, 1890, n. 25, pag. 60; supplemento).

(6) Grimm e Glück, *ibid.*, pag. 72.

numero, che, per quanto molto concludenti dal punto di vista della tolleranza chirurgica del fegato, non restano meno estranei alla cura dei neoplasmi propriamente detti. Tali sono le operazioni praticate da Langenbuch, Wagner, Tillmanns, Hochenegg, Loreta e Terrillon. Difatti Langenbuch ha resecato un lobulo fluttuante del fegato; questo stesso chirurgo, Wagner ed Hochenegg, hanno tolte delle gomme sifilitiche; infine Loreta e Terrillon hanno escisi dei pezzi di fegato gremiti di piccole cisti. Questi non sono dei neoplasmi.

Il caso di lobo fluttuante resecato da Langenbuch è consegnato nel precedente capitolo. Le due operazioni di Loreta e di Terrillon figurano nella cura delle cisti idatiche. In quanto agli interventi praticati da Langenbuch, Wagner (1), Hochenegg (2) e Tillmanns (3) in casi di lesioni sifilitiche, essi rappresentano in verità dei documenti di medicina operatoria istruttivi, ma come i precedenti, essi non hanno niente a che vedere colla cura dei neoplasmi. E poichè è questione di gomme sifilitiche, mi sia permesso di dire qui, per non più ritornarvi sopra, che le gomme non devono essere considerate come lesioni da sottoporre ad un intervento chirurgico. Non credo neppure che occorra insistere per istabilire la ragionevolezza di questo giudizio. Ognuno sa, difatti, che la gomma sifilitica guarisce colla cura specifica, e questo argomento basta. In breve, mi sembra prima di tutto indiscutibile che, fatta la diagnosi della gomma del fegato, non si debba giammai ricorrere al bistori. Inoltre, supponendo che una laparotomia esploratrice, necessaria per altre ragioni, faccia riconoscere l'esistenza d'un tumore del fegato di cui vi sia ragione a supporre il carattere sifilitico, io credo non si debba scordare che lo intervento di Tillmanns è stato mortale e bisogni rinunciare alla resezione come inutile e pericolosa, richiudere il ventre e fare la terapia opportuna.

Eliminati tutti questi casi, i fatti che ci restano per giudicare lo stato presente della chirurgia dei tumori del fegato son ben poco numerosi, e del resto basta gettare un semplice sguardo sull'evoluzione normale dei neoplasmi del fegato per non istupirsene. Vi ha dapprima un certo numero di tumori del fegato, come i *lipomi* od i *fibrolipomi* di cui parlano alcuni osservatori (4) e sui quali ci è impossibile dare le più piccole particolarità. Senza dubbio l'ablazione di siffatti neoplasmi è perfettamente giustificata, ma non possiamo dir altro, poichè la loro istoria è intieramente da compilare. In seguito vengono gli *angiomi*, i *sarcomi*, i *fibromi* ed i *cancri*, ed ecco, mi pare, il modo con cui si può giudicarli dal punto di vista chirurgico.

Dell'*angioma* del fegato (5) potrebbe essere a giusto rigore giustificata l'ablazione, sopra tutto quando esso appartenga alla varietà incapsulata. Ma finora questa indicazione operatoria è rimasta nel campo teorico e tutto ci porta a pensare che essa vi resterà, finchè la diffusione della laparotomia esploratrice non venga a

(1) Wagner e Langenbuch, *XIX Congrès de la Soc. allem. de Chir.* (*Centr. f. Chir.*, 1890, n. 25; suppl., pag. 72).

(2) Hochenegg, *Wiener klin. Wochenschr.*, n. 52, 1890.

(3) Tillmanns, *Centralbl. für Chir.*, 1890, n. 25; suppl., pag. 73.

(4) Rolleston, *Lipome attaché au foie* (*Semaine médicale*, 24 dicembre 1890, pag. 475). — Skifosowsky, *Excision of fibromyome lipomatodes, sarcomatodes from the liver*; analizzato negli *Annals of Surgery*, n. 2, 1891, pag. 151.

(5) Pilliet, *Bull. de la Soc. anat.*, luglio 1891, pag. 446.

moltiplicare le occasioni di scoprire i tumori di questa natura, d'altronde più frequenti di quel che ne pensasse Broca, poichè Lancereaux ne ha raccolti 25 casi in 10 anni. Si sa, difatti, che gli angiomi, quasi sempre poco voluminosi, « non ingenerano il menomo disturbo funzionale e rimangono latenti durante tutta la vita » (1). In ogni caso è ben accertato che possono svilupparsi degli angiomi del fegato anche molto voluminosi, senza risvegliare alcun sintoma che sia di natura tale da giustificare un intervento. Ne fa testimonianza il fatto recentemente pubblicato da Schrœtter (2).

Il *sarcoma* (ben inteso, non si parla qui che del sarcoma primitivo) è eccezionale; esso produce i medesimi sconcerti del carcinoma e per conseguenza è a temersi che sfugga sempre all'intervento chirurgico. Del resto, Hanot e Gilbert ci hanno insegnato che la maggior parte dei fatti pubblicati sotto la designazione di sarcomi epatici « sono esempi di sifilide ereditaria, di produzioni epiteliali primitive, di neoplasmi secondari, oppure anche di tumori situati in altri organi addominali invece che nel fegato ». Le stesse considerazioni si applicano ai neoplasmi primitivi ai quali Lancereaux ha dato il titolo di fibromi: Hanot e Gilbert credono ch'essi « debbano ascriversi alla categoria dei neoplasmi sarcomatosi » e fino ad oggi è molto difficile dire qualche cosa di preciso a loro riguardo (3).

In quanto al *cancro del fegato*, è probabile ed anche certo che i progressi della chirurgia epatica non modificheranno mai la sua costante incurabilità.

Quando si tratta d'un cancro secondario, ed è il caso più comune, è evidente che non c'è nulla da tentare. Ma anche allorchè le lesioni cancerigne sono primitive, la loro anatomia patologica ed il loro decorso non si oppongono meno alla possibilità d'una cura operatoria. Si sa difatti, che il cancro primitivo del fegato si manifesta sotto tre aspetti principali: « talvolta è costituito da una massa neoplasica uniforme, ed è il *cancro massivo;* talvolta è disseminato sotto forma di nodosità distinte, ed è il *cancro nodulare;* talvolta, infine, coesiste con un'epatite sclerosante anulare od insulare, ed è il *cancro con cirrosi* (4). Ora, per non parlare che delle due prime varietà, escludendo la terza troppo chiaramente ogni intervento, è chiaro che l'estensione solita delle lesioni, supponendo ch'esse sieno ancora esclusivamente epatiche, non permette alcuna operazione curativa.

Sebbene io sia quasi convinto che la chirurgia del cancro, già così ingannatrice quando mira ad organi di cui è possibile l'ablazione totale, non sia per dare mai nulla di utile per il fegato, devo tuttavia rammentare che alcuni chirurghi meno pessimisti hanno esportati talvolta con successo dei cancri del fegato. Fra questi vi ha Tiffany (5), ma non potei ricorrere al suo testo, ed ignoro il

---

(1) Hanot e Gilbert, loc. cit., pag. 315.

(2) Schrœtter, *Un cas d'angiome de foie.* Società imperiale e reale di Vienna, 27 nov. 1891 (*Méd. mod.*, 1891, pag. 838).

(3) F. H. Manley, *Sarcoma del fegato* (*Med. and surg. Rep.*, 1° febbraio 1890, pag. 140). — J. Anders, *Report of a case of sarcoma of the omentum and Liver* (*Med. News*, 3 genn. 1891, pag. 8).

(4) Hanot e Gilbert, loco citato.

(5) Tiffany, *The removal of a solid tumor from the liver* (*Maryland med. Journal;* Baltimora 1890, t. XVIII, pag. 531).

risultato ottenuto. C. Jacobs (1), di Bruxelles, ha avuto un bel successo operatorio, ma la recidiva apparve in capo a sette mesi. Hochenegg (2) ha fatto la laparotomia in un caso presunto di cancro intestinale; egli trovò un cancro della vescicola propagato al fegato e resecò con successo la porzione di fegato infiltrata, nel medesimo tempo che la vescicola; 18 mesi dopo non vi era recidiva. Infine Lücke (3) in una donna di 31 anno ha resecato una parte del lobo sinistro del fegato « pieno di nodi cancerosi e riunito al resto dell'organo per mezzo d'un peduncolo abbastanza voluminoso che permetteva di trascinare facilmente la massa all'esterno ». Egli ricorse alla legatura elastica, ed al trentesimo giorno la cicatrizzazione era completa.

Dal punto di vista delle manualità operatorie in queste resezioni epatiche, si deve ricordare che lo scoglio principale proviene dall'*emorragia*. Questa complicazione ha uccisi due ammalati di Wagner e di Langenbuch, ed in molti altri casi, malgrado le legature più solide, essa ha creato delle serie difficoltà. Tanto che, sebbene la resezione seguita da epatorafia con riduzione della sutura abbia dato alcuni buoni successi, quello di Loreta (4) [e del Tansini] per esempio, pare prudente adottare come processo generale la legatura elastica con trattamento extra-peritoneale del peduncolo. Terrillon e Lücke non ebbero che a lodarsi di questo modo di procedere. Tutti e due hanno osservato la mortificazione rapida della porzione di fegato peduncolizzata e fissata all'esterno. Terrillon (5) la resecò il settimo giorno e Lücke il sesto. [Anche il Tricomi fu assai fortunato da vedere sopravvivere un operato al quale aveva così resecato in 18 giorni più di 930 grammi del lobo sinistro del fegato invaso da adenoma, e tirato fuori del ventre liberandolo dal legamento coronario e strozzandolo con laccio elastico (*Il Policlinico*, 1894, vol. I, fasc. 4) (D. G.)].

II.

TUMORI DELLA VESCICOLA BILIARE

Wiedemann, Kyste de la vésicule biliaire; *Hufeland's Journ.*, 1797, Bd. III, pag. 384. — Durand-Fardel, Cancer de la vésicule biliaire; *Arch. génér. Méd.*, 1840, t. III, pag. 168. — Albers, Fibrome de la vésicule biliaire; *Atlas path. Anat.* Bonn 1862, Taf. 38, figg. 3 e 4. — Villard, *Bull. de la Soc. anat.*, 1870, pag. 217. — Bertrand, Cancer de la vésicule biliaire; Tesi di dottorato. Parigi 1870. — Hauteville, Tumeurs formées par la vésicule biliaire; Tesi di dottorato. Parigi 1873. — Schüppel, Papillome de la vésicule; *Krankheiten der Gallenwege von Ziemsen's Handbuch.* Lipsia 1880, Bd. VIII, pag. 66. — Lancereaux, Épithéliome de la vésicule biliaire; *Sem. méd.*, 1887, pag. 334. — Riedel, Sarcome de la vésicule; *Berl. klin. Woch.*, 1888, n. 30, pag. 603. — Czerny, Angio-sarcome de la vésicule; *Beiträge für klin.*

---

(1) Jacobs, *Arch. de Tocol. et de Gynéc.*, ottobre 1891, n. 10, pag. 742.

(2) Hochenegg, *Wiener klin. Wochenschr.*, 1890, nn. 12 e 52.

(3) Lücke, *Centrabl. für Chirurgie*, 1891, n. 6, anal. in *Arch. génér. de Méd.*, ottobre 1891, pag. 485.

(4) Loreta, *Rif. medica*, 14 settembre 1887.

(5) Terrillon, *Ablation d'un morceau de foie rempli de petits kystes.* Relazione di Simon Duplay (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1891, pag. 75, e *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1891, pag. 851).

Chir. Tübingen 1889, Bd. V, Heft I, pag. 125 (citato da Klingel). — Zenker, *Deutsehe Arch. für klin. Med.*, 1889, Bd. XLVI, Heft II e III. — Courvoisier, Casuistisch-statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Basilea 1890, pag. 124. — Cuming, Remarkable case of gallstones associated with cancer of the Gallbladder; *Brit. med. Journ.*, 10 gennaio 1891, n. 1567, pag. 64. — A. Morin, Contribution à l'étude de l'épithéliome de la vésicule biliaire; Tesi di laurea. Parigi 1891.

Esistono alcuni esempi di *tumori benigni* della vescicola biliare. Fra questi sono i *polipi mucosi* talvolta scoperti sulla superficie interna della mucosa; quando essi risiedono a livello del collo, possono essere causa di una occlusione più o meno completa del condotto cistico. Albert riferisce un caso di *fibroma* sviluppato nel tessuto sottomucoso con ulcerazioni della mucosa corrispondente. Von Schüppel ha trovato, all'autopsia d'una donna di cinquant'anni, un tumore descritto quale *mixoma* o *papilloma.* Si parla anche di una cisti idatica riferita da Muschold, ma, per le ragioni che già ho date studiando l'evoluzione di questi tumori, questo caso unico si presta, mi pare, ad una contestazione. In quanto alle lesioni tubercolari di cui Lancereaux ha dimostrato l'esistenza, esse non han nulla a vedere coi tumori della vescicola. E lo stesso è dei casi di *calcificazione* della vescicola e di quelli nei quali si forma attorno all'organo una specie di *atmosfera adiposa* (Rokitanski, Cornil e Ranvier, Denucé).

I *tumori maligni* son molto più frequenti, e sebbene si siano citati alcuni casi di sarcomi (Czerny, Riedel) è quasi sempre dalle diverse forme *del cancro* che la vescicola è invasa. Il cancro della vescicola, segnalato da Cruveilhier (1), è stato per la prima volta bene studiato da Durand-Fardel (2). Di poi, i lavori si sono moltiplicati e, fra i più importanti, è necessario citare quelli di Kohn (3), di Langheinrich (4), di Krauss (5), di Stiller (6), di Zenker (7), di Courvoisier (8) e di Morin (9). Questa affezione si riscontra sopra tutto nella donna allorchè ha passato i cinquant'anni. Tuttavia vi sono delle eccezioni, e Markham (10), per esempio, ha pubblicato un caso di cancro primitivo in una donna di ventott'anni.

Dal punto di vista della frequenza relativa delle diverse forme anatomiche del cancro, vi è qualche divergenza fra gli autori. Tuttavia, la maggioranza s'accorda nel pensare che i *tumori primitivi* della vescicola biliare siano quasi sempre dei tumori epiteliali. In quanto ai *neoplasmi maligni secondari* dovuti alla propagazione per contiguità d'un cancro risiedente primitivamente in un organo vicino (fegato, stomaco, duodeno, colon, pancreas, ecc.) o sviluppati quali lesioni metastatiche, essi presentano i caratteri del tumore primitivo. Inoltre, a fianco

(1) Cruveilhier, *Anat. path.*, t. II, pag. 512.

(2) Durand-Fardel, *Arch. gén. de Méd.*, 1840, t. III, pag. 368.

(3) Kohn, *Der primäre Krebs der Gallenblase.* Dissertazione. Breslau 1879.

(4) Langheinrich, *4 Fälle von primären Gallenblase-carcinom.* Dissertazione. Halle 1881.

(5) Krauss, *Deut. Arch. für klin. Med.*, 1884, Bd. XXXIV, pag. 270.

(6) Stiller, *Pester med.-chir. Presse*, 1886, nn. 35-38.

(7) Zenker, *Deut. Arch. für klin. Med.*, 1889, Bd. XLIV, Heft II e III.

(8) Courvoisier, loco citato, pag. 126 e seguenti.

(9) Morin, *Contribution à l'étude de l'épithéliome primitif de la vésicule biliaire;* Tesi di laurea. Parigi 1891.

(10) Markham citato da Dénucé, loco citato.

dell'epitelioma si è descritto il carcinoma colloide, l'encefaloide e lo scirro, che Courvoisier ritiene in particolar modo frequente.

In caso d'epitelioma primitivo, la vescicola biliare è più o meno voluminosa e dilatata, il che dipende in parte dall'ispessimento delle sue pareti e dalla presenza nell'interno di masse villose, di liquido, e sopra tutto di calcoli. Questa coesistenza della *litiasi* e del *cancro* delle vie biliari è per così dire la *regola*. Contrariamente all'opinione di Van Schüppel e di Courvoisier, molti altri autori, quali Cornil, Ranvier e Morin, pensano con ragione che il cancro preesista ai calcoli e determini la loro formazione collo stagnamento della bile e colla sua decomposizione. Il neoplasma può essere parziale o generalizzato. Dapprima localizzato alla vescicola e caratterizzato sia dall'infiltrazione nodulare delle pareti, sia dall'esistenza di fungosità villose ed a cavolfiore impiantate sulla mucosa, il cancro non tarda a guadagnare il canale coledocistico, provocando così tutti i disordini che sorgono dall'ostruzione delle vie biliari e dallo stagnamento della bile. Questa può rimanere asettica. Ma il fatto inverso è molto frequente, ed in quest'ultimo caso il cancro s'accompagna sovente colle lesioni classiche dell'angiocolite e della periangiocolite. L'estensione del cancro non si fa solo verso il dotto cistico ed il coledoco, le cui lesioni possono essere per altra parte primitive; in gran numero di casi, la neoplasia s'estende sia al fegato stesso, sia al peritoneo ed ai ganglii linfatici della regione, sia ancora al peritoneo ed agli organi vicini (duodeno, colon, pancreas, stomaco) e persino alla parete addominale. La diffusione epatica si rivela per la produzione di tumori secondari, il cui volume considerevole contrasta sovente in modo spiccato colle dimensioni limitate delle lesioni primitive della vescicola. La propagazione al peritoneo merita una particolare menzione. Essa si rivela per mezzo di false membrane che sono o no sparse di nodosità cancerose, ed è in tal modo che la vescicola arriva a contrarre delle aderenze più o meno estese cogli organi delle vicinanze o colla parete addominale.

Notiamo infine, come complicazioni possibili, le ulcerazioni o le perforazioni della vescicola, le fistole biliari, i flemmoni biliari, e la peritonite. Si possono, in una parola, osservare tutte le lesioni della colecistite o della peri-colecistite calcolosa; e la coesistenza abituale della litiasi e del cancro viene a sua volta a completare questa similitudine, ed a complicare singolarmente la diagnosi.

Il cancro della vescicola biliare non presenta dei sintomi precisi e significativi. « Il più delle volte, come asserisce Villard, e sopra tutto in principio, i suoi indizi son vaghi, indeterminati, e, più tardi, quando essi si sono sviluppati, presentano un tal carattere di generalità e son talvolta accompagnati da fenomeni così insoliti ch'essi possono mettere in errore l'esperienza più esercitata ». Talvolta il cancro delle vie biliari assume nella sua evoluzione l'andamento del cancro primitivo del fegato, col quale si confonde sovente. Talvolta si caratterizza con una *itterizia cronica*, itterizia da ritenzione accompagnantesi con *disturbi digestivi* diversi e con disturbi generali più o meno numerosi. L'esplorazione metodica dell'ipocondrio destro vi palesa l'esistenza d'un tumore che frequentemente si attribuisce al piloro, al duodeno, al fegato, ecc. Limitato in principio, questo tumore non tarda a formare una massa globosa od ovoidale, talvolta liscia e regolare, talvolta ineguale ed incavata. Essa pare continuarsi col fegato di cui segue i movimenti. Il suo volume

varia da quello d'un uovo fino alla dimensione della testa d'un feto. La consistenza è *solida;* è molto raro incontrarvi una sensazione di fluttuazione come nell'idrope della vescicola. Essa è spontaneamente *dolorosa* e diviene molto sensibile alla palpazione. L'*ascite* non è rara. L'infezione biliare secondaria è accompagnata da *accessi di febbre epatica,* somiglianti a quelli che noi abbiamo descritto a proposito degli ascessi del fegato.

La *durata* della malattia dipende dalla rapidità della generalizzazione e dallo apparire più o meno prontamente dei fenomeni di ritenzione e d'infezione biliari. La morte arriva col progredire della cachessia, per insufficienza epatica (lingua secca, delirio, emorragie, peritonite suppurata) o per insufficienza renale (anuria, uremia).

La frequenza dei tumori maligni sviluppati nella parte superiore dell'ipocondrio destro a spese del fegato, del duodeno, del pancreas, l'assenza di sintomi caratteristici nel cancro delle vie biliari, rendono la *diagnosi* di quest'ultima affezione una delle più difficili. Nel maggior numero dei casi il problema da risolvere si presenta nella forma seguente: ci si trova in presenza di un'itterizia cronica per ritenzione, ed è la causa prima di questa itterizia che bisogna trovare. È colla esclusione che bisognerà procedere per riconoscere le cause della ritenzione biliare, e ben sovente la soluzione sarà quasi impossibile, specialmente quando si tratterà di distinguere il cancro delle vie biliari dalle complicazioni locali della litiasi.

Le considerazioni precedenti dimostrano che, nel periodo in cui il cancro della vescicola è ancora limitato, e per conseguenza operabile, la sua diagnosi medica è molte volte impossibile. Più tardi, quando il tumore ha preso sufficienti proporzioni, per farsi riconoscere alla palpazione, si può essere certi che il cancro si è già propagato, e che non è più il tempo d'intervenire. La conclusione è questa: se è vero che il cancro della vescicola possa, entro certi limiti, fruire del nostro intervento (ed alcuni chirurghi l'ammettono), la laparotomia esploratrice precoce sarà il solo mezzo per agire con qualche speranza di successo. Sembra dunque assai chiaramente indicato di ricorrere a questa operazione tutte le volte che si supponga l'esistenza d'un neoplasma della vescicola.

Se il tumore ha già sorpassato i limiti del serbatoio biliare ed invasi gli organi vicini, il meglio è di rinchiudere semplicemente il ventre. Tale è la condotta seguita da L. Tait (1) e da Courvoisier (2) in quattro casi, e da Socin (3) in un caso. In generale, in presenza d'un cancro diffuso, l'astensione mi sembra preferibile all'apertura della vescicola, come l'hanno praticata Riedel e Czerny per sarcomi, Kocher (4) per un carcinoma. Quando, invece, la lesione è ben limitata alla vescicola, è d'uopo tentare la colecistectomia. Bardenheuer (5) pel primo ha fatto l'estirpazione di una vescicola biliare cancerosa; il malato morì di sincope. Hochenegg (6), più fortunato, ha ottenuto una guarigione in un caso, di cui ho

---

(1) L. Tait, *Bril. med. Journal*, 13 novembre 1886, pag. 907.
(2) Couvoisier, loc. cit., pag. 136.
(3) Socin, *Orig. Kgesch. chir. Abtheil. Spital-Basel*, settembre 1889.
(4) Kocher, *Orig. Kgesch. Inselspital. Bern*, 1888.
(5) Babdenheuer, *Mittheilungen ander Kölner Bürgerhosp.*, 1887, pagg. 129 e 157.
(6) Hochenegg, *Wiener klin. Wochenschr.*, 1890, n. 12, pagg. 224 e 225.

parlato a proposito dei tumori del fegato. Ricordo che si trattava d'una donna di 58 anni in cui s'era diagnosticato un cancro del colon. Colla vescicola, Hochenegg estirpò un pezzo di fegato infiltrato dal cancro. Non solamente il risultato immediato fu eccellente, ma in capo a 18 mesi l'ammalata non aveva recidiva.

Questo bel successo è, come si vede, molto incoraggiante, ma l'avvenire solo ci dirà in quale misura noi possiamo intervenire in simili casi.

CAPITOLO VII.

LITIASI BILIARE — SINTOMI E COMPLICAZIONI CHIRURGIA DELLE VIE BILIARI

Oggidì il chirurgo deve, senza dubbio, conoscere molto bene i fatti relativi alla clinica della litiasi e gli spedienti della terapia medica di essa. Ma egli è evidente che qualunque considerazione, anche succinta, riguardante il lato medico della questione, sarebbe qui fuori di posto. Mio solo scopo dev'essere quello di ricercare le indicazioni generali delle operazioni speciali che ci permettono di combattere o di guarire i disturbi della litiasi. Inoltre, io non dimenticherò che non soltanto i calcolosi formano oggetto di questa chirurgia particolare. Fra le lesioni non calcolose delle vie biliari che richiedono anche il nostro intervento, le une, come i *traumatismi* od i *tumori biliari,* sono descritte nei precedenti capitoli di quest'opera, ma le altre come le *fistole biliari,* le *distensioni della vescichetta,* e le *colecistiti non calcolose,* non sono state per parte mia l'oggetto d'uno studio speciale. Io ho creduto agir bene così facendo per quest'ultimo gruppo di malattie, la cui storia didattica è in ispecial modo di competenza della medicina. Per contro dal punto di vista terapeutico io avrò cura di indicarle a tempo e luogo, tanto che in questo capitolo si troveranno degli elementi sufficienti, io spero, per formarsi un'idea generale sullo stato attuale della chirurgia delle vie biliari, i cui recenti progressi attirano sì vivamente l'attenzione.

Non è già che la questione sia nata solo da ieri. Anzi ognuno conosce la precisione geniale con cui J.-L. Petit aveva già tracciate le prime norme della cura chirurgica dei calcoli biliari. Nè è meno giusto ricordare che fin da quest'epoca remota e più tardi, nei lavori che hanno preceduto l'antisepsi, si trovano degli studi sovente notevoli su nozioni d'ordine fisiologico o chirurgico, di cui l'attualità ci fa talvolta scordare l'origine primitiva. Le colecistectomie praticate da Morand nel 1756, il notevole lavoro d'Herlin sulla possibilità della colecistectomia datato dal 1767, e, più vicine a noi, le esperienze di Campaignac nel 1829, o meglio ancora l'importante Memoria di Thudichum pubblicata nel 1859, segnano, per esempio, altrettante date capitali. Ma, io non credo necessario arrestarmi a questo lato storico. Difatti, i concetti di J.-L. Petit sull'incisione della borsetta biliare non potevano essere messi a profitto senza il soccorso dell'antisepsi, ed i primi inter-

venti praticati secondo i dati operatorii razionali non potrebbero esser molto vecchi. È nel 1878, 1880, 1882 e 1886 che Marion Sims ha fatto la prima colecistectomia, Von Winiwarter la prima colecistenterostomia, Langenbuch la prima colecistectomia e Meredith la prima colecistotomia ideale. [V. *Appendice*]. La chirurgia delle vie biliari è dunque assolutamente contemporanea, e sebbene essa sia nata in Francia da più di cent'anni, è ai chirurghi stranieri che torna l'onore d'averne fatto una delle belle conquiste della chirurgia addominale. Lawson Tait, in particolare, ha contribuito per una gran parte a questo progresso, e quando fece la sua prima comunicazione, nel maggio del 1884, egli aveva già praticate 13 colecistotomie senza un solo insuccesso. Di poi i fatti si sono moltiplicati, ed avrò cura di segnalare al loro posto i principali fra di essi. Per contro le pubblicazioni di sintesi son rimaste rare, e non ne conosco alcuna tranne quella recente e notevole di Courvoisier (1), che possa al giorno d'oggi essere citata come uno studio completo della questione.

In Francia, i primi successi di Marion Sims e di Lawson Tait sono rimasti dapprima senza una grande eco. Tuttavia questo periodo d'esitazione non è stato troppo lungo. Nel 1885, Félizet (2) annunciava un caso di colecistostomia seguita da successo; nel 1886 il concorso d'aggregazione ci recava la tesi importante di Dénucé. L'anno seguente, Péan pubblicava la relazione delle due prime colecistectomie praticate a Parigi, e ben presto, sotto l'impulso delle comunicazioni ripetute di Terrillon, di Terrier e di Périer, ognuno s'è messo all'opera. Per convincersene basta esaminare i bollettini delle nostre Società scientifiche e di leggere le tesi, le memorie o le riviste successivamente pubblicate da Rodet (3), Calot (4), Delagenière (5), Sainton (6), Picqué (7), e Guillemain (8). Infine, poichè la priorità ha pure un valore, io ci tengo a rammentare, che il primo caso conosciuto d'ostruzione del coledoco guarito colla creazione di una fistola duodenocistica, appartiene a Terrier. Ognuno sa, del resto, la parte attiva e preponderante che questo chirurgo ha saputo prendere nei progressi della chirurgia delle vie biliari, sia colle operazioni o colle sue pubblicazioni personali, sia coi lavori dei suoi allievi.

Litiasi biliare. — Mossé, Accidents de la lithiase biliaire. Tesi d'aggregazione. Parigi 1880. — Roth, Beobachtung über die Gallensteinkrankheiten; *Corr.-Bl. für schweiz. Aerzte*, 1881, n. 16. — Denucé, Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire. Tesi d'aggregazione. Parigi 1886. — J.-E. Pilcher, La chirurgie du foie; *Annals of Surgery*, marzo 1887, pag. 212. — Hofmokl,

(1) Courvoisier, *Casuistich-statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege*. Lipsia 1890.

(2) Duriau, *Contribution à l'étude de la taille biliaire*. Tesi di laurea. Parigi 1885.

(3) Paul Rodet, *De l'intervention chirurgicale dans les maladies des voies biliaires* (Premio Amussat, 1887). — *Traité des maladies du foie de Harley*. Traduzione. Parigi 1890. — Vedasi una rivista del medesimo autore nel *Bulletin médical du Nord*, 1890.

(4) Calot, *De la cholécystectomie*. Tesi di laurea. Parigi 1890.

(5) Delagenière, *De la cholécystentérostomie*. Tesi di laurea. Parigi 1890.

(6) Sainton, *Chirurgie de la vésicule biliaire* (*Gaz. des hôp.*, 24 gennaio 1891, n. 11).

(7) Picqué, *Des indications générales dans la lithiase* (*Revue génér. de Clin. et de Thérapeutique*, 11 marzo 1891, n. 10).

(8) Guillemain, *De la cholécystéostomie* (*Gaz. hebd.*, 26 settembre 1891, n. 39).

Ueber Chirurgie der Gallenwege; *Wiener med. Presse,* 1887, n. 251. — P. Sendler, Contribution à la chirurgie des voies biliaires; *Deutsche Zeischr. für Chir.*, 1887, XXVI, pag. 383. — Hirschberg, L'empyème de la vésicule biliaire et son traitement chirurgical; *Ibid.*, 1887, XXVI, pag. 393. — Credé, Zur Chirurgie der Gallensteinkrankheiten; *Verhandl. der deutschen Gesellschaft. für Chir.* Berlino 1889, XVIII, pagg. 232-240. — Lawson Tait, The surgery of the liver; *Edinb. med. Journ.*, 1889, pagg. 305 e 401. — Courvoisier, Casuistisch-statistiche Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Lipsia 1890. — Nassilow, Contribution à la chirurgie des voies biliaires; *Vratch.*, 5 aprile 1890, pagg. 317-319. — V. Rochet, Des opérations qui se pratiquent sur la vésicule biliaire et de leurs indications; *Prov. méd.*, 22 novembre 1890, n. 47, pag. 550. — Israël, Ein Beitrag zur Leberchirurgie; *Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, XVI, n. 3, pagg. 41-43. — Th. Kocher, Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, nn. 13 e 15. — Kümmel, Zur Chirurgie der Gallenblase; *Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, n. 12, pag. 257. — E. Senger, Einige Bemerkungen zur Gallenstein-Chirurgie; *Berliner klin. Wochenschr.*, 1890, n. 16. — W. Osler, Sur les symptômes de l'occlusion chronique du conduit commun de la bile par les calculs biliaires; *Annales of Surgery*, marzo 1890, pag. 161. — Bollinger, Ueber Gallensteinkrankheiten; *Münch. med. Wochenschrift*, 28 agosto 1891, n. 27, pag. 299. — G. Lyon, Du rôle des agents infectieux dans les complications de la lithiase biliaire; *Ann. de Méd.*, 1891, nn. 29 e 33. — Riedel, Sur la lithiase biliaire. Congresso di med. int., 1891; *Sem. méd.*, 11 agosto 1891, n. 19. — Périer, Contribution à la chirurgie des voies biliaires; *Congrès français de Chirurgie*, 1891, pag. 557. — Dagron, De l'occlusion intestinale par calculs biliaires. Tesi di laurea. Parigi 1891.

Colecistotomia. — Bobbs, *Trans. of Ind. Stat. med. Soc.*, 1868, pag. 68. — Marion Sims, *Brit. med. Journ.*, 8 giugno 1878, pag. 811. — Blodgett, *Homœpathic med. Times.* New-York, luglio 1879. — L. Tait, *Med. chir. Trans.* Londra 1880. — Path. and treat. of dis. of the ovaries. Birmingham 1883, pag. 336. — Note on colecystotomy; *Brit. med. Journ.*, 3 maggio 1885. — Mac Gill, Cholecystotomy; *Brit. med. Journ.*, 6 dic. 1884. — Meredith, Case of cholecystotomy, etc.; *Brit. med. Journ.*, febbraio 1885, pag. 431. — Bernays, Cholécystotomie idéale; *Amer. Journ. of med. Ass.*, 3 ott. 1885, pag. 387. — Bœckel, Cholecystotomie appliquée au traitement des calculs biliaires; *V Congrès français de Chirurgie*, 1885. — Cyr, Indications de la cholécystotomie; *On. méd.*, 18 gennaio 1885. — Maunoury, De la cholécystotomie; *Progrès méd.*, 4 aprile 1885. — Thornton, Traitement chirurgical des maladies du foie; *Brit. med. Journ.*, novembre 1886, pag. 901; e *Lancet*, 4 aprile 1891, pag. 763. — E. Küster, Zur Chirurgie der Gallenblase; *Archiv für Chirurgie*, 1887, XXXVI. — Loreta, Colecistotomia e colecistorrafia; *Rif. med.*, 8 marzo 1888, pagg. 326 e 333. — Riedel, Dix cholécystotomies en deux temps; *Berliner klin. Wochenschr.*, 1888, n. 29, pag. 577, n. 30, pag. 602. — U. Trélat, *Bull. et Mém. de la Société chir.*, 1888, pag. 228. — E. Vincent, De la cholécystotomie chez les enfants; *Revue de Chirurgie*, 10 settembre 1888. — Terrillon, *Bull. et Mém. de la Soc. chir.*, 1886, pag. 118; *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, 17 dic. 1887; *Rev. de Chir.*, 1888, pag. 915; *Progrès méd.*, 4 marzo 1889, pag. 228. — Robson, Une série de quatorze cholécystotomies; *Clin. Soc. Trans.*, 25 ottobre 1889, t. XXIII, pag. 1. — C. Langenbuch, Cholécystotomie idéale; *Berl. klin. Woch.*, 1890, pag. 105. — Zur Modification der idealen Cholécystotomie; *Berl. klin. Wochenschr.*, 10 marzo 1890, n. 10, pag. 228. — P. Berger, Cholécystotomie pratiquée pour une cholécystite suppurée; *Bulletin et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1890. t. XVI, pag. 472. — Chaput, Cholécystotomie; *Bulletin et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1890, pag. 270. — E. Senger, Ueber eine Zweckmässige Methode der operativen Entfernung von Gallensteinen; *Berl. klin. Wochenschrift*, 1890, n. 2, pag. 28. — Terrier, *Progrès médical*, 18 agosto 1888; *Rev. chir.*, dicembre 1890; *Bulletin et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1890, pag. 334; *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1890, pagg. 379, 395, 863, 872 e 10 marzo 1891. — Périer, Cholécystotomie; *Congrès français de Chirurgie*, 1891, pag. 537.

Colecistectomia. — C. Langenbuch, *Berl. klin. Woch.*, 1882, pagg. 725-727 — *Verhandl. des XXII Congr. der Deut. Ges. f. Chir.*, 1883, pag. 98. — *Eulenburg's Realencycl.* Wien und Leipzig, 1883, Bd. XV, pagg. 163-168. — *Berlin. klin. Woch.*, 1885, n. 50, pag. 809; *Ibid.*, 1886, n. 40, pag. 694 e n. 42, pag. 720; Tillmanns, *Centr. für Chir.*, 1887, n. 24, pag. 76 (supplemento). — Thiriar, *Bulletin et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1887, t. XIII, pag. 720. — Terrier, Kyste

hydatique du foie. Ablation avec enlèvement de la vésicule biliaire; *Bull. et Mém. de la Société de Chir.*, 1887, t. XIII, pag. 70; *Bull. de l'Acad. de Méd.*, sedute del 30 settembre 1890 e 10 marzo 1891. — KÖRTE, Zur Chirurgie der Gallenwege; *Berl. klin. Woch.*, 1889, pag. 96. — KLINGEL, Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege. Tubinga 1889, pagg. 101-102. — MICHAUX, Traitement des fistules biliaires par la cholécystectomie; *Bulletin de l'Académie de Médecine*, giugno 1890. — PÉRIER, Extirpation de la vésicule biliaire distendue par un calcul engagé dans le col; *Mercredi médical*, 8 ottobre 1890, n. 40, pag. 499. — KÜMMEL, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1890, n. 12, pag. 139. — ROUX, Cholécystectomie; *Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 ottobre 1890. — CALOT, De la cholécystectomie. Tesi di laurea. Parigi 1891. — BOUILLY, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 25 marzo 1891. — ADLER, Cholécystectomie pour calculs et kystes de la vésicule. Riunione libera dei Chirurghi tedeschi, seduta del 13 luglio 1891; nel *Mercredi méd.*, 5 agosto 1891, n. 31, pag. 400.

Colecistenterostomia. — V. WINIWARTER, *Prager med. Woch.*, 1882, n. 21, pag. 202, n. 22, pag. 213. — MONASTYRSKI, *Centr. für Chir.*, 1888, pag. 778. — KAPPELER, *Corresp. für schweizer Aerzte*, 1887, n. 17, pag. 513. — SOCIN, *Jahrber. der chir. Abtheil. des Basler-Spitals*, 1887, pag. 60. — BARDENHEUER, *Berl. klin. Woch.*, ottobre 1888, pag. 877. — TERRIER, *Revue de Chir.*, dicembre 1889, pag. 973. — DELAGENIÈRE, De la cholécystentérostomie. Tesi di laurea. Parigi 1890. — BLATTMANN, *Corr. für schweizer Aerzte*, 1890, VIII, pag. 101. — ROBSON, *Med.-chir. Transact.*, 1890, t. LXXIII, pag. 60. — TILLAUX, *Bulletin et Mém. de la Société de Chir.*, 1890, pag. 200. — BLAGOVETSKENSKI, *Saint-Pétersb. med. Obst.*, 1890, t. VIII, pag. 101. — KÖRTE, *Berl. klin. Woch.*, 1821, n. 24.

Operazioni che si praticano sul coledoco. — COURVOISIER, loco citato, pag. 333. — KOCHER, Cholelithotripsie bei Choledochusverschluss mit völliger Genesung; *Corresp. für schweizer Aerzte*, n. 4, 1890. — E. KÜSTER, Ein Fall von Choledochotomie; *Centrbl. f. Chir.*, 1892, n. 2, pag. 122 (supplemento). — FRANK, Cholédochotomie, 10ª osservazione. Società imperiale e reale medica di Vienna; seduta del 20 novembre 1891, nel *Mercredi méd.*, 25 novembre 1891, n. 47, pag. 596. — SPRENGEL, Ueber einen Fall von Estirpation der Gallenblase mit Anlegung einer Kommunication zwischen Duodenum und Ductus Choledochus; *Centr. f. Chir.*, 1811, n. 26, pag. 122 (supplemento).

GENERALITÀ CLINICHE SUI SINTOMI E SULLA DIAGNOSI DEI FENOMENI E DELLE COMPLICAZIONI DELLA LITIASI BILIARE. — La litiasi biliare è un'affezione relativamente frequente. Naunyn (1) di Strasburgo ammette che si riscontrino dei calcoli biliari in un decimo circa dei cadaveri degli adulti. L'affezione è almeno 4 volte più frequente nelle donne che negli uomini e specialmente nelle donne che hanno avuto bambini. Si sa pure che dal punto di vista eziologico, la litiasi è legata agli stati diatesici studiati dal professore Bouchard nella sua opera sulle malattie del rallentamento della nutrizione (gotta, reumatismo, litiasi orinaria, ecc.) Conviene forse aggiungere con Weisher (2) e Roux (3) di Losanna, che un rene fluttante può esercitare delle attrazioni sul canale cistico « coll'intermediario del margine destro del legamento epato-duodenale », imbarazzare, così, il corso della bile e favorire la formazione dei calcoli? Conviene persino generalizzare questo dato e credere che sovente esista una relazione di causa ad effetto tra la splancnoptosi e la litiasi? Il fatto è possibile, ma è difficile pronunciarsi in modo più preciso. In quanto alle differenti teorie proposte per ispiegare la formazione dei calcoli,

(1) NAUNYN (di Strasburgo), *X Congrès de Médecine interne*, 6 aprile 1891.

(2) WEISHER, citato da ROUX.

(3) ROUX (di Losanna), *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 ottobre 1891; *Méd. mod.*, gennaio 1891, pag. 15.

io non posso fermarmivi. Debbo solamente ricordare che i calcoli si possono formare ovunque il ristagno di bile è possibile. Questo è provato da ciò che si sono trovati dei calcoli non solo nella vescicola e nei grossi canali biliari, ma anche nel tessuto medesimo del fegato. Qualunque sia l'idea che si possa avere sulla origine di questi calcoli esotici, la possibilità della loro esistenza basta a dimostrare che se la vescicola è in verità il punto di formazione o per lo meno il punto di accrescimento e la sede di predilezione dei calcoli, non è men certo che la cura radicale della litiasi non è in alcun modo il risultato necessario della colecistectomia.

La migrazione normale dei calcoli del fegato determina degli accidenti dolorosi locali e dei disturbi generali riflessi il cui assieme costituisce l'accesso di *colica epatica*, la quale s'accompagna il più sovente con congestioni più o meno intense del fegato e coll'aumento passeggiero del volume dell'organo.

Le *complicazioni* non sopravvengono che quando il calcolo si ferma in un punto delle vie biliari o quando ne esce da un orifizio anormale risultante da una lesione patologica *(rottura od ulcerazione)*. I sintomi e gli sconcerti anatomici sono diversi; gli uni sono d'ordine meccanico, gli altri sono in rapporto colla infezione secondaria delle vie biliari. Le condizioni di questa infezione ci sono pertanto ben definite da quanto insegna la batteriologia. Per delucidarli, noi dobbiamo tener conto del menstruo, delle vie che seguono i microorganismi e della loro residenza iniziale. Allo stato normale, le ricerche di Duclaux (1), confermate molto recentemente ancora da Hanot e da Létienne (2), ci hanno appreso che l'apparato biliare, fuorchè nella sua parte tutt'affatto terminale, ed il liquido biliare medesimo, sono in un perfetto stato di asepsi. Ma se la bile normale è un mezzo di coltura poco favorevole, è diversa la cosa quando essa è alterata nella sua composizione chimica e specialmente quando le sue vie d'escrezione sono modificate nella loro costituzione anatomica da uno stato patologico qualunque e particolarmente dalla litiasi. Le vie di migrazione microbica sono rappresentate dai canali biliari stessi. Infine la flora batterica del duodeno è abbastanza ricca perchè questa parte del tubo digerente diventi il punto di partenza delle più svariate infezioni. Avendo già esposto, a proposito delle suppurazioni epatiche, la lista imponente dei microbii che abitano il duodeno, fra i quali il *Bacterium coli commune* pare ogni giorno acquistare un posto così preponderante (3), io ricorderò solamente che, secondo i batteriologi, l'infezione può essere mono- o polibatterica, localizzata o generalizzata (Dupré). È utile sapere ancora che certe circostanze favoriscono i fatti infettivi. Le une risultano dall'età avanzata o dalla rovina dell'organismo per la tubercolosi, la malaria, l'alcoolismo, il saturnismo, ecc. Le altre dipendono dallo stato del fegato. Quando esiste da lungo tempo una *ostruzione calcolosa*, le vie biliari sono dilatate, le loro pareti si modificano, le fibre muscolari liscie perdono la loro contrattilità, la circolazione parietale è meno attiva e la resistenza meno grande; s'incontrano delle ulcerazioni e delle perdite di sostanza determi-

(1) Duclaux, *Chimie biologique*, pag. 85 e seguenti.
(2) Létienne, *De la bile à l'état pathologique*. Tesi di dottorato. Parigi 1891.
(3) F. Widal, *Le Colibacille* (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1882, n. 1, pag. 2 e n. 2, pag. 13).

nate meccanicamente dalle scabrosità dei calcoli; la bile alterata nella sua composizione è trasformata in un liquido denso e poltiglioso. Tutte queste condizioni facilitano non solamente la penetrazione ma ancora il pullulare dei germi patogeni.

L'evoluzione delle complicazioni della litiasi biliare è ancora influenzata dalla sede, del volume, dalla forma e dal numero dei calcoli. Quando essi restano lungi dall'intestino e quando per il fatto del loro incuneamento nella vescicola o nel canale cistico, non modificano guari il corso della bile, questa resta asettica ed offre poca presa all'infezione. Un grosso calcolo solitario, è, per esempio, conciliabile coll'asepsi; la sua superficie è liscia ed uniforme, non vi è che poca tendenza a spostarsi. Non è più la stessa cosa se i calcoli sono numerosi, piccoli, mobili, angolosi e specialmente se essi occupano il canale coledoco. L'infiammazione dei condotti biliari (colecistite, angiocolite, peri-angiocolite) è qui più rapida e più accentuata. Infine le perdite di sostanza più numerose moltiplicano le vie dell'infezione del parenchima epatico e persino del sangue (Netter e Martha (1), Dupré (2), Aubert) (3).

Alcune cause estrinseche possono infine precipitare la comparsa dei fatti infettivi; sono per una parte i traumatismi che colpiscono la regione epatica e, per altra parte, le infezioni generali, come la febbre tifoidea. L'infezione tifosa è pure capace di svegliare una litiasi biliare rimasta latente (Griesinger, Saunder, Haus Dœrfler) o di determinare la formazione di calcoli per modificazioni chimiche della bile in seguito ad una angiocolite microbica.

Le lesioni anatomo-patologiche in rapporto con questa infezione delle vie biliari sono specialmente d'ordine medico. Alcune han potuto essere riprodotte sperimentalmente (Charcot e Gombault). La suppurazione è il modo ordinario di reazione contro l'infezione; essa può essere localizzata e risiedere nella vescicola e nel canale cistico, occupare i grandi canali escretori, od i piccoli; può infine estendersi a tutto l'apparato biliare. Se la vescicola è sede d'una ritenzione di bile asettica, si produce sovente una *idrope* semplice per ipersecrezione di muco. Quando il liquido si riassorbe, la vescicola s'atrofizza e le pareti subiscono talvolta una infiltrazione calcarea. Nella *colecistite* suppurata, la vescicola, sede dell'*empiema*, presenta una mucosa rossa, edematosa, ulcerata. Essa è cementata colle parti vicine per le aderenze peritoneali *(periepatite)*. Le perdite di sostanza, occupanti uno o più punti della parete e più particolarmente la regione più larga della vescicola, fanno comunicare la sua cavità con sacche peritoneali incistidate o colla sierosa. Le aderenze diventano, così, il punto di partenza di *tragitti fistolosi* le cui disposizioni anatomiche sono variabilissime.

L'idrope e l'empiema si accompagnano con una occlusione del canale cistico che è, secondo i casi, completa od incompleta e costituita sia da una *ostruzione calcolosa*, sia da un *restringimento* propriamente detto.

(1) Netter e Martha, *De l'endocardite ulcéreuse dans les affections des voies biliaires* (*Arch. de Physiologie,* luglio 1886).

(2) Dupré, loco citato.

(3) Aubert, *De l'endocardite ulcéreuse végétante dans les infections biliaires.* Tesi di dottorato. Parigi 1891.

L'*angiocolite* e la *periangiocolite* sono caratterizzate dalla presenza nel parenchima epatico d'una quantità talvolta considerevole di piccoli ascessi. Alcuni possono colla loro influenza determinare delle raccolte purulente abbastanza voluminose (ascessi areolari di Chauffard). Ve ne ha persino di quelli che acquistano un tale sviluppo da distruggere una parte del parenchima epatico; essi contengono del pus concreto, di tinta verdastra od oscura, mescolato con sabbia biliare, con calcoli; le loro pareti sono friabili, nerastre; delle briglie indicano che l'ascesso è il risultato della confluenza di parecchie raccolte purulente separate in principio. Si sono paragonate queste lesioni a quelle della pielo-nefrite ascendente osservata negli ammalati delle vie orinarie. Talvolta le vie biliari sono tappezzate in tutta la loro estensione da un essudato pseudo-membranoso più o meno denso, considerato da qualche autore come d'origine streptococcica. L'addossamento della vena porta al canale coledoco, e delle sue branche ai canali biliari, spiega lo sviluppo abbastanza frequente della *pileflebite* che sovente determina alla sua volta la produzione di numerosi ascessi nel fegato e l'infezione generale setticemica.

La sintomatologia delle complicazioni della litiasi biliare presenta numerose modalità. Essa differisce diffatti secondo la sede, la forma, il volume del calcolo e specialmente secondo che le vie biliari sono o no infette. Nel maggior numero dei casi essa assume un andamento subacuto o cronico, ma talvolta si svolge rapidamente. I calcoli che occupano la vescicola determinano per solito, per l'irritazione meccanica della mucosa, una ipersecrezione di muco. Essi possono insinuarsi nel canale cistico, e, quando son troppo voluminosi per attraversarlo, vi restano *incuneati;* talvolta infine essi agiscono colla sola loro presenza, quali agenti irritanti e col tempo determinano una *atresia* del condotto escretore; si forma allora una *obliterazione definitiva del canale cistico.* In questo caso, rimanendo la bile asettica, la secrezione mucosa si accumula, distende necessariamente il serbatoio e costituisce l'*idrope della cistifellea;* Frerichs e Cir hanno citati dei casi, in cui il calcolo si trovava disposto a mo' di valvola capace di lasciar penetrare nella vescicola la bile proveniente dal fegato mentre ne impediva l'uscita applicandosi contro l'orifizio del canale cistico. Questa disposizione è eccezionale, e Rendu si domanda con ragione se essa non sia stata immaginata per i bisogni della causa, affine di spiegare la presenza della bile in alcune vescicole cronicamente distese.

L'idrope della vescicola biliare è accompagnata da segni obbiettivi abbastanza chiari. Nell'ipocondrio destro, sotto il bordo inferiore del fegato, la palpazione fa constatare l'esistenza d'un tumore circoscritto, regolare, piriforme, elastico, teso e che non presenta se non una fluttuazione incerta. Talvolta l'ispezione permette di riconoscere una deformazione dell'ipocondrio. Il volume del tumore è variabile, esso uguaglia sovente quello d'un pugno, e la sua parte culminante si trova esattamente situata al disotto dell'estremità esterna dell'ultima cartilagine costale. Questo tumore è mobile ed alla percussione dà suono ottuso. Segue il fegato, nei movimenti respiratori, nella tosse, nello starnuto, ecc.; gli si possono sovente imprimere dei leggieri movimenti laterali. A misura ch'esso cresce, invade la regione ombelicale e discende talvolta fino alla cresta iliaca. In certi casi pare che il tumore trascinato dal suo proprio peso stiri il proprio peduncolo, e questo diviene allora percettibile alla palpazione.

L'ipocondrio è poco doloroso e sovente la stessa palpazione non provoca alcuna dolorosa sensazione. Le manifestazioni funzionali possono per parte loro mancare completamente. Taylor riferisce il fatto d'una donna di quarantadue anni, senza precedenti di litiasi biliare nè di itterizia, che si presenta con un tumore all'ipocondrio destro. La si opera e se ne ritirano quattro calcoli, di cui uno, incuneato nel canale cistico, ed estremamente aderente, era la causa dell'idropisia vescicolare. Terrillon ha pubblicato nel 1888 nella *Revue de Chirurgie*, un fatto identico; si trattava d'un grosso calcolo unico incuneato nel canale cistico; l'ammalata non aveva mai avuto itterizia nè sintomi di colica epatica. Tale è pure il fatto dell'ammalata, che formò l'oggetto d'una notevole lezione di Rendu e che, operata da Terrier, presentava un grosso calcolo rinchiuso nella terminazione del canale cistico. Talvolta il tumore biliare è soggetto a variazioni periodiche di volume; esso aumenta e diminuisce alternativamente, talvolta persino scompare completamente. Questa intermittenza, notata per la prima volta da J.-L. Petit, è stata in seguito osservata da Andral, Barth e Besnier.

Il *tumore biliare* chè noi abbiamo descritto si incontra pure nell'*ostruzione del canale coledoco*, ma in questo caso la ritenzione della bile non ha più solamente un effetto locale, essa si ripercuote sul complesso dei canali biliari, determinando le più complesse alterazioni del parenchima; dilatazione dei canali biliari talvolta tale, che secondo l'espressione di Reynaud e di Sabourin, l'organo prende l'aspetto d'un tessuto cavernoso; angiocolite suppurata; pileflebite e lesioni caratteristiche della cirrosi biliare di Charcot. Il sintoma più importante di questa ritenzione è l'*itterizia*, essa è permanente, più o meno intensa, accompagnata da pruriti, da xantelasma da svariati disturbi digestivi con istato saburrale della lingua, anoressia, dispepsia, nausea, ecc. Le feci sono scolorate e presentano l'aspetto del mastice; esse sono grassose se l'ostruzione interessa nel medesimo tempo il canale pancreatico: talvolta sono cariche di sangue nero. Le urine sono dense, colorate, ed i reattivi permettono di constatarvi la presenza di pigmenti biliari. Il polso è rallentato; si trovano i soffi cardiaci descritti da Potain e Gangolphe. Si constatano anche cefalea, disturbi respiratori dovuti a frequenti fatti di congestione polmonare (Guéneau de Mussy, Fabre [di Marsiglia], Habershon). Il dimagramento è più o meno rapido; la depressione, la perdita delle forze possono far capo al marasma per colemia ed anche per uremia. In questi casi l'infezione secondaria delle vie biliari è la norma, ed ai primi sintomi dovuti alla semplice ritenzione della bile, succedono le manifestazioni cliniche generali e locali della suppurazione (*colecistite, angiocolite, peri-angiocolite, ascessi del fegato*).

Fra i sintomi generali di queste *suppurazioni*, il primo posto si deve alla *febbre epatica*, di cui ho già ricordati i principali caratteri a proposito degli ascessi del fegato. Si troverà nel medesimo capitolo ciò che riguarda i sintomi ed il decorso dei grandi ascessi dell'angiocolite. In quanto ai segni locali dell'empiema della vescicola, essi sono molto significativi; colla palpazione e colla percussione si riconosce ad un tempo l'aumento di volume del fegato e l'esistenza d'un tumore biliare, i cui caratteri differiscono da quelli dell'idrope semplice. Il dolore è più vivo, talvolta pulsante come nei veri ascessi. Il tumore sembra fare più direttamente corpo colla parete addominale. Una *peritonite acutissima* è la conseguenza della

apertura della vescicola e della penetrazione della bile infetta nel peritoneo. La perforazione può essere determinata da uno sforzo fisiologico (tosse, vomito, sternuto, accesso di colica epatica), da un traumatismo o dalla semplice estensione del processo ulcerativo. *Il più spesso la peritonite è parziale* e costituita da sacche periepatiche comunicanti colla vescicola ulcerata. Le pareti di queste sacche ripiene di pus, di bile e talvolta di concrezioni calcolose, sono costituite dal fegato, dal colon, dal duodeno, dal rene destro e dalla parete anteriore dell'ipocondrio destro aderenti gli uni agli altri per false membrane, ricoperti d'un rivestimento pseudo-membranoso che la bile colorisce in verde od in giallo. Le saccoccie di pus si svuotano talvolta nel peritoneo e provocano una peritonite acutissima; ma per solito esse si mettono in rapporto sia cogli organi vicini, sia colla parete addominale, ed aiutate dal lavoro ulcerativo, si aprono all'esterno od in una cavità viscerale.

Le *fistole biliari* che ne risultano, sono interne od esterne. Delle prime, ci occuperemo poco; esse possono far comunicare la cavità cistica col tubo digerente (stomaco, duodeno, intestino crasso), colle vie genito-orinarie (utero gravido, vescica), colla vena porta, coll'apparato respiratorio, ecc.: le più frequenti sono le fistole duodenali. In quanto alle seconde, esse interessano più particolarmente il chirurgo: *l'eliminazione dei calcoli biliari attraverso alle pareti addominali è il modo più frequente della loro migrazione anormale.* Il più sovente la formazione dell'orifizio fistoloso a livello della parete addominale è preceduto da fatti infiammatori più o meno estesi, costituenti un vero flemmone, il *flemmone biliare*. Il punto ove compare è variabile; talvolta, quando la vescicola è mediocremente distesa, si mostra nell'ipocondrio destro; tal'altra occupa la regione ombelicale; talvolta, infine, la raccolta purulenta si insinua nello spessore della parete e l'apertura si forma nei punti più svariati. In quanto alle fistole calcolose cutanee esse risultano dall'apertura spontanea o chirurgica del flemmone. Il loro tragitto e la loro sede sono dunque abbastanza variabili. Tuttavia, si può dire che il loro orifizio esterno trovasi ben sovente in vicinanza dell'ombelico o dell'ipocondrio destro e che ordinariamente il loro tragitto, abbastanza lungo, è notevole per le sue anfrattuosità. Il liquido che ne cola è talvolta d'un fetore grandissimo in rapporto, si dice, colla presenza dei bacilli saprofiti venuti dall'intestino. Si sa pure che queste fistole dànno passaggio a calcoli di numero e di dimensioni varie, e sovente il loro tragitto è, come s'è detto, tappezzato di concrezioni litiasiche. Le fistole biliari esterne sono esposte allo sviluppo di gravi complicazioni; lo scolo del liquido settico ch'esse versano, determina la produzione d'una specie d'infiltrazione pio-biliare che pel suo meccanismo dev'essere paragonata all'infiltrazione orinosa. Talvolta vi si aggiunge un'infezione locale ed allora si osserva od una risipola o la gangrena. Lo scolo continuo della bile può infine accompagnarsi con sintomi generali che riproducono gli accidenti osservati negli animali con fistola biliare (dimagrimento, marasma, diarrea, vomito, aridità della pelle, caduta dei peli, febbre etica).

Come ultime complicazioni noi dobbiamo notare quelle che risultano dalla penetrazione dei calcoli nell'intestino, sia per le vie naturali, sia attraverso un tragitto fistoloso. L'occlusione intestinale per grossi calcoli biliari non è tanto

rara. I fatti abbastanza numerosi che Dagron ha riuniti nella sua tesi inaugurale lo dimostrano. I calcoli causa di questo accidente, e per conseguenza voluminosi, possono senza dubbio raggiungere direttamente il duodeno in caso di dilatazione del coledoco, ma è probabile che, il più sovente, la loro migrazione si effettui grazie ad una fistola biliare cisto-duodenale o cisto-colica. D'altronde l'occlusione intestinale non è la sola complicazione possibile in queste condizioni e, senza parlare dei calcoli che si eliminano colle feci o dei casi più rari di espulsione coi vomiti, la presenza d'un calcolo nell'intestino può, in causa della sua migrazione verso il cieco o dei fenomeni ulcerativi e gangrenosi che provoca da parte della parete intestinale, produrre dei fatti di *tiflite*, di *peritiflite*, o di *peritonite da perforazione*.

La diagnosi delle principali complicazioni che noi abbiamo passato in rivista è talvolta semplice; ma, nel maggior numero dei casi, presenta delle serie difficoltà. Data la semplicità del tragitto che le concrezioni calcolose percorrono dal fegato all'intestino, si potrebbe sulle prime supporre che sia facile precisare il punto esatto ove esse s'arrestano nella loro migrazione; ma non è così, e se sovente è possibile basare la diagnosi sugli elementi seguenti: età, sesso, esistenza anteriore di crisi più o meno frequenti di coliche epatiche, itterizia permanente più o meno antica, ecc., si dovrà ricordare che la presenza di calcoli nelle vie biliari può rimanere latente e non dar luogo che ad un aumento di volume della vescicola senza altre manifestazioni sintomatiche. L'ostruzione delle vie biliari è talvolta consecutiva alla presenza di corpi estranei che non sono calcoli, come idatidi, ascaridi o distomi provenienti dall'intestino. La si osserva anche nel cancro delle vie biliari e noi qui ricorderemo quanto la coesistenza così frequente del cancro delle vie biliari e della litiasi possa oscurare la diagnosi. Vi sono ancora altre cause d'ostruzione, ma non posso che indicarle: tali sono la sclerosi od il cancro del pancreas, i neoplasmi dello stomaco, del duodeno, del fegato, dei ganglii sottoepatici, del rene destro ed anche le cisti idatiche.

Nei casi di tumori liquidi della cistifellea, le manifestazioni che ho riassunto, l'analisi medica dei sintomi e la palpazione addominale attenta (1) offrono talvolta dei documenti positivi. Tuttavia è necessario sapere che in parecchie circostanze, e specialmente quando l'interposizione di anse intestinali fra il bordo anteriore del fegato ed il tumore, o le dimensioni eccessive di questo vengano a mascherare le sue connessioni epatiche, ci si trova alle prese colle difficoltà ordinarie dei tumori dell'addome, e per conseguenza tutto quel che si può richiedere dalla diagnosi medica non ha che il grado di una probabilità. Le osservazioni dimostrano infatti che clinici provetti hanno potuto confondere i tumori biliari con tutti i neoplasmi della regione, col rene mobile e persino, in caso di distensione estrema della vescicola, colle cisti dell'ovaio o coll'ascite. Quest'ultima eventualità non è così rara come si potrebbe supporre, e, senza parlare delle vescicole eccezionali che dànno alla puntura fino a 60 od 80 litri di liquido, come ha osservato

---

(1) Rheinstein, *Diagnostico delle affezioni delle vie biliari* (*Soc. med. di Berlino*, 21 ott. 1891; *Méd. mod.*, 1891, pag. 759).

Erdmann (1), io potrei citare qui il caso nel quale Terrier ha ritirato colla puntura, nel corso d'una laparotomia, 24 litri di liquido del colore della gomma gotta. Ora, quel che mi preme di far notare è che, all'infuori dei casi in cui le dimensioni eccessive del tumore o meglio ancora le sue aderenze parietali possono, a tutto rigore, permettere, senza pericolo, una puntura aspiratrice, è d'uopo in tutti gli altri considerare questo modo d'esplorazione come pericolosissimo, in ragione delle proprietà eminentemente settiche del contenuto delle vescicole distese. Del resto non bisognerebbe credere che i caratteri del liquido ottenuto colla puntura siano sempre significativi. E ciò che lo prova è che vi sono delle vescicole il cui contenuto è talmente chiaro, che la loro idrope può essere presa per una cisti idatica. Da tutto questo risulta che la laparotomia esploratrice è insomma il mezzo più sicuro ed il meno grave di darsi ragione dei fatti, e la sua indicazione è altrettanto più chiara inquantochè è il primo tempo delle operazioni a cui i tumori in questione sono da sottoporre.

Vi ha un altro momento della diagnosi molto importante dal punto di vista dell'intervento, ed è la determinazione dello stato più o meno avanzato d'infezione delle vie biliari. Nella patologia urinaria il periodo settico delle lesioni si manifesta al chirurgo per mezzo di modificazioni dell'orina (poliuria torbida, ecc.) molto utili per la diagnosi. Nella patologia biliare le modificazioni parallele della bile sfuggono al controllo dell'osservatore. Per conseguenza, privato di cognizioni dirette sullo stato della bile, gli è d'uopo trovare altri sintomi rivelatori dell'infezione biliare. Questi sintomi, di un valore molto ineguale, risiedono nella febbre (febbre epatica), nelle modificazioni dell'orina e nei segni locali della reazione infiammatoria (Duprè). Questi ultimi, sui quali noi abbiamo insistito descrivendo la colecistite suppurata, sono in generale abbastanza spiccati per assodare una diagnosi, sia che si tratti di colecistite semplice o di colecistite accompagnata da periepatite.

In quanto alla diagnosi dell'angiocolite e della periangiocolite, questa è sopra tutto d'ordine medico; rimandiamo alla diagnosi degli ascessi del fegato per ciò che si riferisce alla suppurazione epatica consecutiva alla litiasi biliare. In quanto agli indizi del flemmone biliare, sono evidenti specialmente quando esso si sviluppa all'intorno della vescicola trasformata in focolaio purulento. Infatti lo scolo della bile o d'un liquido piobiliare, l'eliminazione di calcoli sono patognomonici.

Astraendo dalle considerazioni precedenti tutto ciò che è di carattere puramente medico, noi vediamo che le complicazioni della litiasi che possono esigere il nostro intervento restano abbastanza numerose. Dal punto di vista prettamente chirurgico si può, io credo, dividerle in due categorie principali, secondo che gli sconcerti dovuti alla litiasi restano confinati nell'interno dell' apparato biliare o si fanno sentire lontano. La prima categoria comprende: la *colica epatica*, l'*idrope*, l'*empiema* ed il *tumore biliare*. Nella seconda figurano: gli *ascessi del fegato*, il *flemmone* e le *fistole biliari cutanee*, l'*occlusione intestinale*, la *tiflite* e la *peritiflite*, infine la *peritonite saccata* o *generalizzata*, consecutiva sia ad una *rottura* o ad una *perforazione* risiedente nell'apparato biliare medesimo, sia ad una *perforazione intestinale* d'origine calcolosa.

---

(1) Erdmann, *Virchow's Archiv*, XLVIII, pag. 289. — Roth, Tesi di Basilea, 1885. Citato da Terrier (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1891, pag. 831).

Cura. — Tra i fatti di cui abbiamo parlato, ve ne ha un certo numero di cui gli uni, come i *grandi ascessi* dell'angiocolite calcolosa, furono studiati nel primo capitolo di questo lavoro, e gli altri, come l'*occlusione intestinale* per calcoli, i *flemmoni* della parete addominale (pericolecistite, flemmone biliare), la *tiflite* o la *peritiflite* non presentano niente di speciale dal punto di vista della cura. Le indicazioni chirurgiche in caso di *tiflite*, di *peritiflite* o d'*appendicite* sono del resto esposte in un'altra parte di questo Trattato. In quanto all'*occlusione intestinale* ed ai *flemmoni della parete addominale*, la loro cura appartiene piuttosto alla chirurgia generale, e non occorre che io mi dilunghi a questo riguardo.

A meno che la gravità dello stato generale non obblighi a praticare semplicemente un ano contro natura, la *laparotomia* sembra essere l'intervento d'elezione in casi d'*occlusione* per calcoli. I fatti abbastanza numerosi, pubblicati dopo che Bryant ha fatta la prima laparotomia in queste condizioni, sono in verità poco incoraggianti; essi dànno collettivamente una mortalità dell'85 $^0/_0$. Ma, come fa osservare Dagron (1), la prognosi naturale di questa varietà d'occlusione è per sè stessa tanto oscura che le indicazioni dell'intervento non sono da mettere in dubbio (2). Si farà dunque la laparotomia quando le indicazioni d'occlusione saranno ben chiare, poi se viene riconosciuto il calcolo, si cercherà di farlo progredire verso il cieco per mezzo di pressioni successive, oppure si praticherà l'enterotomia con estrazione consecutiva del corpo estraneo. Dagron crede che si potrebbe anche incidere l'intestino per un breve tratto nella parete sana al disotto del calcolo e frammentare il calcolo per mezzo d'una pinza introdotta attraverso l'incisione. Egli pensa, e credo con ragione, che questa incisione in un tessuto sano sarebbe men grave che l'enterotomia praticata direttamente sul calcolo, la quale finora sui 14 casi conosciuti non diede che i successi operatorii d'Anderson, di Thiriar e di Abbe. Si comprende anche come l'alterazione delle pareti intestinali a ridosso del calcolo possa essere tale che divenga necessaria una resezione. Metzker e Anderson hanno infine pensato che potrebb'essere indicato di completare l'intervento colla colecistectomia e colla chiusura del tragitto fistoloso cistico-duodenale, che esiste quasi sempre in tal caso. Ma, senza parlare delle difficoltà o delle impossibilità d'una simile impresa, è chiaro che il più sovente gli ammalati non potrebbero sopportarla.

In presenza d'un *flemmone biliare* le indicazioni sono più semplici. Nell'*incisione ampia* con disinfezione del focolaio si riassume tutta la cura. Senza dubbio si baderà contemporaneamente ad esplorare la cavità della cistifellea ed a sbarazzarla possibilmente dai calcoli ch'essa contenga. Ma in generale, ed a meno di indicazioni particolari, sarà d'uopo limitarsi a questa semplice estrazione che del resto si dovrà sempre fare con un'estrema prudenza, sotto pericolo di provocare una lacerazione della vescicola. Quanto agli interventi più complessi richiesti dalla possibile persistenza di fistole, noi ne studieremo più avanti le indicazioni.

---

(1) Dagron, loc. cit., pag. 47.

(2) Veggasi su tale questione un recente lavoro di Kirmisson e Rochard (*Arch. gén. de Méd.*, febbraio 1892 e seguenti).

Eliminati questi primi fatti, restiamo in presenza delle lesioni appartenenti propriamente alla chirurgia delle vie biliari. La descrizione delle operazioni speciali a questo ramo della medicina operatoria addominale, formerà l'oggetto d'un primo paragrafo. Nei tre seguenti studierò successivamente il valore intrinseco e le indicazioni generali di queste operazioni, le condizioni per la loro scelta secondo i casi particolari e le indicazioni particolari ad ognuna d'esse.

I. Le operazioni che si praticano sulle vie biliari riguardano la cistifellea od il canale coledoco. Le prime, in numero di tre, sono: la *colecistotomia*, la *colecistectomia* e la *colecisto-enterostomia*. Le seconde comprendono due operazioni tipiche: la *coledocotomia* e la *coledoco-enterostomia*, il *cateterismo delle vie biliari* ed alcune manovre come la *colelitotrissia* o la *coledocotripsia* immaginate per togliere le ostruzioni calcolose del canale coledocistico. In quanto alla *puntura* semplice, essa deve essere, come ho già detto, abbandonata, nella chirurgia delle vie biliari.

La *colecistotomia* o incisione della vescicola, si pratica in due condizioni differenti, secondochè la cistifellea ammalata ha contratte o no delle aderenze colla parete addominale. Nel primo caso l'operazione non presenta niente di speciale, ed, eccettuata la toelette della vescicola, essa è identica all'incisione diretta di qualunque focolaio peritoneale incistidato. Nel secondo caso invece l'operazione diventa più complessa e richiede una serie di precauzioni il cui assieme costituisce la colecistotomia propriamente detta.

La concezione di questa operazione appartiene a J.-L. Petit, e la sua prima applicazione a Bobbs (1), ma nel 1878 solamente Marion Sims ne ha fatto un intervento ordinato; a Lawson Tait si deve infine l'onore di averla volgarizzata.

Essa comprende due processi principali: nell'uno, la vescicola è incisa e rimane fistolosa, è la *colecistotomia* propriamente detta; nell'altra, l'incisione viene suturata e ridotta nella cavità addominale ed è la *colecistotomia* detta *ideale* da Bernays. La *colecistotomia* propriamente detta presenta essa stessa qualche differenza secondo che è fatta *in un tempo* o in *due tempi*, e secondo che è possibile o no fissare alla parete addominale i labbri dell'incisione vescicolare. La *colecistotomia in un tempo* con sutura dei labbri dell'incisione vescicolare alla parete addominale, costituisce la *colecistostomia*. Essa comprende quali tempi successivi: l'incisione della parete addominale, la puntura evacuatrice della cistifellea, l'esplorazione digitale del canale coledocistico, l'ampia incisione della vescicola, l'ablazione dei calcoli ch'essa può contenere, il cateterismo delle vie biliari, la fissazione dei labbri dell'incisione vescicolare alla parete addominale con chiusura della ferita addominale nel resto della sua estensione e la medicazione. Non appartiene a me descrivere qui le manualità di questi diversi tempi operativi, manualità per altro abbastanza variabili secondo i chirurghi. Tuttavia desidero rilevare alcuni punti importanti.

L'incisione della parete addominale è stata fatta in quattro modi differenti: sulla linea mediana *(laparatomia mediana sopra-ombellicale)*, sul margine

(1) Bobbs, *Transactions of the Indiana Stat. med. Soc.*, 1868, pag. 68.

esterno del muscolo retto *(laparatomia verticale laterale)*, parallelamente al bordo delle false coste, oppure infine secondo una linea spezzata a T o ad L e diversamente inclinata. In generale si può dire che le incisioni a T o ad L sono cattive perchè espongono agli sventramenti consecutivi, e che le due incisioni preferibili sono la laparotomia verticale, mediana o laterale. Si può anche aggiungere che la laparotomia mediana, preconizzata specialmente da Brown (1) e da Lawson-Tait (2), conserva qui i suoi soliti vantaggi, e che la laparotomia laterale dev'essere di preferenza riservata alle vescicole aderenti ed alle vescicole poco distese, il cui fondo si trova lungi dalla linea mediana; ma non si può specificare di più, e, come sempre, è bene saper modificare la propria condotta secondo i casi particolari. La puntura che tien dietro non presenta altre particolarità che le precauzioni da prendersi per evitare il passaggio del contenuto della cistifellea nel peritoneo.

L'apertura della vescicola è alla sua volta molto semplice. Tuttavia i chirurghi seguono a tal riguardo due pratiche distinte: gli uni incidono e svuotano la vescicola dai calcoli ch'essa può contenere prima di fissare i labbri della incisione alla parete; gli altri stimano esser più prudente suturare il peritoneo parietale al peritoneo pericistico prima d'ogni incisione della cistifellea. La protezione peritoneale ottenuta da questa sutura preventiva può essere così bene sostituita da quella che dà l'uso ben compreso delle spugne o delle compresse sterilizzate, che credo sia meglio adottare la prima pratica e vuotare la cisti prima di eseguire la colecistotomia. In questo modo rimane molto più agevole estrarre i calcoli, ed ognuno sa come questa manovra sia difficile nel caso di calcoli incuneati. La fissazione si fa per mezzo di una linea di sutura a punti separati.

Notiamo qui che certe vescicole friabili e contratte non possono essere fissate alla parete addominale. In questo caso è duopo ricorrere alla colecistectomia, e se quest'ultima operazione è anch'essa controindicata, bisogna comportarsi esattamente nella stessa maniera che nell'ablazione incompleta degli annessi dell'utero con drenaggio alla Mikulicz. Conviene, in altri termini, abbandonare al fondo della ferita la borsa spaccata e prendere le volute precauzioni per assicurare il drenaggio ed isolare il focolaio dal resto della cavità addominale. Una buona compressione della medicazione è qui di grande aiuto, ma l'artifizio operatorio consigliato da Mayo Robson e da Terrier è una ben migliore garanzia di protezione. Esso consiste nel creare al disotto del focolaio una specie di parete inferiore fissando alla ferita addominale una piega epiploica. Questo processo molto semplice e generalmente sufficiente, vale certo meglio che il drenaggio soprapubico od anche vaginale, di cui Thornton ha ammesse le indicazioni. In quanto all'esplorazione manuale ed al cateterismo delle vie biliari che è, secondo l'osservazione di Fontan il complemento indispensabile di ogni colecistotomia, ne parlerò più avanti.

La *colecistotomia* in due tempi, già stata consigliata da Bloch nel 1734, bene studiata da Thudicum nel 1859, e praticata per la prima volta da Bobbs nel 1868, è un metodo di lentezza che sopravvisse ai metodi dell'antica chirurgia colla medesima fortuna del processo di Volkmann nell'incisione delle cisti del fegato.

---

(1) Brown, *British med. Journ.*, 1878, pag. 916.
(2) Lawson-Tait, *The Lancet*, 1879, t. II, pag. 730.

Le manualità operative sono del resto le medesime nei due casi: laparotomia verticale laterale, 8 o 10 giorni d'aspettazione sotto una medicazione antisettica, e, in una seconda seduta, incisione della cistifellea.

La *colecistotomia ideale* è stata praticata per la prima volta da Meredith nel 1885 [da Loreta nel 1875]. L'inizio dell'operazione è il medesimo che quello della colecistotomia, la sola differenza si riferisce sulla maniera di trattare l'incisione vescicolare che in questo caso è completamente riunita e ridotta nella cavità addominale. La sutura di Lembert con rovesciamento dei labbri della ferita vescicolare ed addossamento delle superficie sierose è stato il processo di riunione addottato dalla maggior parte degli operatori. Per quanto sia ben fatta questa colecistorafia, noi vedremo più tardi ch'essa può nullameno cedere e che l'uscita intraperitonale del contenuto vescicolare provoca allora le peritoniti più gravi. Cosicchè alcuni chirurghi hanno proposto una serie di perfezionamenti operatori aventi per iscopo sia una consolidazione materiale della sutura, sia la creazione di aderenze sufficienti per evitare l'infezione peritoneale. Loreta si è preoccupato di soddisfare alla prima indicazione con una doppia sutura: la prima chiude l'incisione, poi deprimendo questa verso la cavità della vescicola, si ottengono due pliche parallele che sono addossate con una serie di punti separati. I processi proposti da Langenbuch (1), Parkes (2), Wölfler (3) e Saenger (4) rispondono alla seconda indicazione e dànno delle serie garanzie. Essi effettuano diffatti le due condizioni seguenti: produzione d'una zona di peritonite adesiva attorno alla ferita e fissazione della sutura vescicolare in corrispondenza della ferita addominale. Per tal modo si impedisce l'accesso al peritoneo e la sutura resta sorvegliata fino al giorno in cui può essere abbandonata senza timore nella cavità addominale.

Vi sono due modi per ottenere questo doppio risultato. In uno, consigliato da Parkes, si fa una colecistotomia seguita da colecistorafia, ma si procura di collocare inoltre dei punti di sutura che fissino la ferita della vescicola dietro la ferita addominale. Nell'altro modo, più sicuro ancora ma più lungo, la produzione delle aderenze colla fissazione della vescicola, la colecistorafia e la sutura definitiva della parete addominale formano oggetto di una serie di tempi combinati in modo variabile secondo gli operatori, che si ripartiscono in due od anche in tre sedute separate da alcuni giorni d'intervallo. Quando si procede così per tempi successivi, si può, secondo l'esempio di Saenger, distrurre meccanicamente le aderenze prima di chiudere definitivamente la ferita addominale, oppure, secondo il consiglio di Langenbuch, affidare questa distruzione al tempo ed alle contrazioni della vescicola. È un procedimento di tal genere che Chaput ha seguito recentemente, nell'osservazione che ha comunicato alla Società di Chirurgia (5). In una prima seduta questi ha praticato la colecistotomia e l'estrazione d'un calcolo incuneato nel canale cistico, poi, dodici giorni dopo, abrasa la mucosa, chiuse la fistola con una doppia serie di punti di sutura.

---

(1) Langenbuch, *Berliner klin. Wochenschr.*, 1830, pag. 105.

(2) Parkes, *Med. News*, maggio 1886, pag. 532.

(3) Wölfler, *Wiener klin. Wochenschr.*, 1890, nn. 20 e 21.

(4) Saenger, *Berl. klin. Wochenschrift*, 1890, n. 22, pagg. 28 e 30.

(5) Relazione di Terrillon, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1890, pag. 272.

Io devo qui ricordare che si è pure tentato di raggiungere la vescicola molto distesa per la via lombare. Ne esistono, credo, due casi: uno di Wrhight (1), l'altro di Mears (2). L'ammalato di Wrhight morì di peritonite il secondo giorno; quello di Mears è guarito in dieci settimane. Notiamo infine che in diverse circostanze la colecistotomia, qualunque sia il processo adottato, richiede l'attuazione simultanea di una delle operazioni o delle manovre che descriveremo fra poco e che sono destinate a disostruire non solo la cistifellea od il dotto cistico, ma anche il coledoco.

La *colecistectomia* o estirpazione della vescicola biliare sembra essere stata praticata con successo sugli animali due secoli fa. Chirurgicamente, la sua storia comincia colla prima operazione seguita da guarigione fatta da Langenbuch (3) il 15 luglio 1882. I suoi tempi successivi sono: l'incisione della parete addominale, la puntura della vescicola, la ricerca delle sue aderenze e l'esplorazione esterna del canale coledocistico, l'isolamento della vescicola, la sezione del dotto cistico con adatto trattamento del moncone, il drenaggio e la medicazione. Le due incisioni preferibili sono la laparotomia mediana e la laparotomia laterale. Calot preferisce quest'ultima, perchè, corrispondendo il fondo della vescicola esattamente all'unione dell'estremità della 10ª costa colla 9ª, è molto facile arrivarvi per questa via ed esplorarla. Nulladimeno io credo con Terrier, Périer (4), Broca, Vincent (5) e Guillemain che, in tesi generale, le si debba preferire l'incisione mediana. Fatta la puntura secondo le norme comuni, proteggendo il peritoneo, essa deve essere seguita da una ispezione particolarmente accurata delle aderenze perivescicolari e specialmente del canale coledocistico.

Per tal modo si acquista in parte conoscenza dei due punti più importanti da schiarire, poichè l'estensione delle aderenze e specialmente l'ostruzione del coledoco sono le due controindicazioni dell'operazione. Si comprende tutta l'attenzione che si deve porre nel cateterismo delle vie biliari una volta che la vescicola è incisa e sbarazzata del liquido o dei calcoli ch'essa contiene. L'isolamento si fa in seguito scollando, senza valersi del bistori. Ove occorra, se le aderenze sono troppo fitte in qualche punto, è più prudente abbandonare il lembo di vescicola aderente, come ha fatto Michaux, piuttosto che distaccare ad ogni costo e spogliare per esempio il duodeno della sua tonaca sierosa come successe in un'operazione di Thiriar. Si procede in seguito all'isolamento ed alla legatura del canale cistico prendendo tutte le precauzioni possibili per non ledere alcun organo importante, ciò che non è sempre tanto facile. Secondo quanto osserva Calot, l'arteria cistica è sempre compresa nella legatura, ma si deve rispettare il ramo dell'arteria epatica. Périer, imitando la pratica di Deroubaix, chiude il canale cistico con due piani di sutura, di cui il più superficiale non comprende che la sierosa, come nella sutura di Lembert. Da parte sua, Michaux ha ritenuto prudente fissare il moncone alla ferita addominale, e questa condotta è senza dubbio vantaggiosa in certi

---

(1) Wrhight, *The Lancet*, 28 marzo 1885, pag. 563.
(2) Mears, *Annals of Surgery*, 1890, t. X, pag. 241.
(3) Langenbuch, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1882, pag. 724.
(4) Périer, *Congrès français de Chir.*, 1891, pag. 537.
(5) Vincent, *De la cholécystotomie chez les enfants* (*Revue de Chir.*, 1888, pag. 753).

casi d'empiema o di fistole muco-purulente. Tuttavia io credo che nella maggior parte dei casi, la solida legatura circolare ed unica proposta da Terrier sia ancora il processo più semplice ed il migliore, a condizione di ben disinfettare il moncone con sublimato od anche col termo-cauterio, e di drenare il focolaio operatorio dopo averlo isolato dal resto della cavità peritoneale. Questo tempo dell'operazione è talvolta singolarmente agevolato dalla presenza d'un'atmosfera perivescicolare, sclero-adiposa molto analoga, secondo quanto osserva Hartmann, ai lipomi peri-pielitici. Quando esiste questa alterazione (ed era il caso nell'operato di Broca) l'enucleazione della vescicola lascia una specie di loggia extra-peritoneale « che si fissa facilmente alla parete e che si può drenare con tutta sicurezza » (1).

Nelle condizioni ordinarie è possibile ottenere un isolamento analogo del focolaio seguendo la pratica di Terrier. Si sutura al peritoneo parietale il margine destro del grande epiploon « ed i legamenti cistico-colico ed epato-renale quando esistono. La piccola cavità così formata è una specie d'infundibolo, al fondo del quale si trova il moncone cistico e nel quale si farebbe lo spandimento della bile, se la legatura venisse a rallentarsi. La sutura della parete si fa come in tutte le laparotomie. Verso il settimo giorno la medicazione viene rinnovata, si ritira il drenaggio per non più sostituirlo, ed a meno di complicazioni, la guarigione non tarda a farsi » (2). Se, malgrado la permeabilità del coledoco, l'estensione delle aderenze impedisse l'operazione, si termina come nella colecistotomia. Sarà meglio seguire qui il consiglio di Zielewicz (3) e resecare un tratto del canale cistico? Non lo credo. Un simile intervento non può essere che una complicazione operatoria inutile, e, considerato come una operazione regolare capace di sostituire la colecistectomia, esso è certamente insufficiente.

Concepita da Nüssbaum (4) nel 1880, la *colecistenterostomia* o anastomosi della vescicola biliare coll'intestino, è stata praticata per la prima volta sull'uomo il 20 luglio 1880 da von Winiwarter (5) (di Liegi). Questo primo operato è guarito, ma non si potè stabilire la fistola se non a prezzo di sei interventi consecutivi; la guarigione definitiva richiese, per parte sua, più di due anni; e, sebbene von Winiwarter abbia, da quest'epoca, tentato di semplificare l'intervento dando la descrizione della colecistenterostomia in due tempi, non era meno indispensabile rimettere allo studio la questione cercando di rendere l'atto operatorio più razionale e più facile. È lo scopo che si son prefisso G. Harley (6) e Gaston (7) di Atlanta, proponendo d'abbandonare nel ventre, dopo aver assicurata l'anastomosi duodeno-cistica per mezzo di suture adatte, sia un pezzo di potassa caustica collocato tra le pareti da perforare, sia un'ansa di filo elastico fatta passare attraverso a queste medesime pareti per distrurle con sezione lenta. Si avrebbe così

(1) HARTMANN, *Bull. de la Soc. Anat.*, 1891.
(2) GUILLEMAIN, *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1891, pag. 465.
(3) ZIELEWICZ, *Centr. für Chir.*, 1888, n. 13, pag. 225.
(4) NÜSSBAUM, *Deutsche Chir.*, 1880, XLIV, pag. 94.
(5) Vedasi WINIWARTER, *Prager med. Woch.*, 7 Jahrgang, 31 marzo 1882, n. 22, pagg. 216-217.
(6) G. HARLEY, *Diseases of the liver*. Londra 1883, pag. 110.
(7) F. GASTON, *Gaillard's med. Journal*, ottobre 1884 e maggio 1887, e *Brit. med. Journal*, 1887, t. I, pag. 267.

una specie d'operazione in due tempi, di cui il primo atto si eseguirebbe dall'operatore ed il secondo succederebbe in seguito di per sè sotto la parete addominale suturata. Ma, per quanto meno pericolosa di quello che non sarebbe certamente la potassa caustica di Harley, l'ansa elastica di Gaston, malgrado i successi sperimentali che ha dato, resta ancora abbastanza difettosa, tanto che l'onore di avere per la prima volta indicato una manualità operativa razionale è in realtà dovuto a Francesco Colzi (1) (di Firenze).

Il processo di Colzi può essere riassunto nel modo seguente: incisa la parete addominale, protetta la cavità peritoneale e trascinati bene allo scoperto gli organi da operare, si comincia ad unire la vescicola al duodeno inscrivendo la regione dove si vuole stabilire la fistola in una semi-circonferenza posteriore di punti alla Lembert, che non comprendano che le tonache sierose e muscolari, si forma la fistola col bistori, si cuciscono assieme i labbri anteriori e posteriori dei due occhielli cistico e duodenale, e si termina infine la corona di sutura che deve circondare la fistola collocando avanti a questa una semicirconferenza di punti alla Lembert che formino una circonferenza completa coi punti di Lembert collocati dall'altra parte. È a Monastyrki (2), poi a Kappeler (3), che si deve il merito d'aver con successo praticato sull'uomo il procedimento di Colzi. Nei due casi si trattava d'un'ostruzione del coledoco per tumore del pancreas e la fistola fu stabilita coll'intestino tenue. Gli altri fatti finora conosciuti appartengono a Socin (4) (di Basilea), Bardenheuer (5), Fritzche (6), Mayo Robson (7), Courvoisier (8), Terrier (9), Tillaux (10) e Körte (11). Bardenheuer e Terrier sono i due primi chirurghi che abbiano praticato l'anastomosi col duodeno. Ma a Terrier spetta l'onore d'aver pubblicato il primo esempio conosciuto di fistolizzazione cistico-duodenale seguita da successo. Tale è il bilancio attuale della colecistenterostomia.

L'operazione può essere fatta in uno od in due tempi. Sebbene Tillaux abbia recentemente optato per quest'ultima maniera nell'ammalato di cui ha presentata la storia alla Società di Chirurgia il 16 aprile 1890, si deve pensare con Terrier (12) che « l'operazione in un sol tempo è meno grave e meglio sopportata dagli ammalati ». In breve, è il processo da preferirsi. Gli atti successivi dell'operazione in un tempo solo sono i seguenti: incisione della parete addominale, esplorazione della

---

(1) F. Colzi, *La chirurgia operativa sulle vie biliari ed in ispecie della fistola colecisto-intestinale* (*Lo Sperimentale*, Firenze 1886).

(2) Monastyrki, *Chirurg. Westninck.*, 1888 e *Centr. für Chir.*, 1888, pag. 778.

(3) Kappeler, *Corresp. f. schweiz. Aerzte*, 1° settembre 1887, pag. 313 e seguenti.

(4) Socin, *Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung*, ecc. Basel 1888, pag. 60.

(5) Bardenheuer, *Berlin. klin. Woch.*, 22 ottobre 1888, pag. 877 e lettera inedita a Terrier riferita da Delagenière, loc. cit., pag. 132.

(6) Fritzche, *Corresp. f. schweiz. Aerzte*, 1890, n. 6, VIII, pagg. 169-173 (citato da Blattmann).

(7) Mayo Robson, *British medical Journal*, novembre 1889, pag. 1218 e *Med.-chir. Transact.*, 1890, t. XX, capitoli I e II, pag. 61.

(8) Courvoisier, loc. cit., pag. 250.

(9) Terrier, *Revue de Chir.*, 1889 e citato da Delagenière.

(10) Tillaux, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 16 aprile 1890.

(11) Körte, *Soc. med. di Berlino*, 27 maggio 1891.

(12) Terrier, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1890, pag. 293.

vescicola e dei canali biliari e scelta dell'ansa intestinale, stabilimento della fistola, sutura, drenaggio e medicazione. La laparotomia mediana sopra-ombilicale è ancora l'incisione migliore. L'esplorazione esterna della cistifellea e del canale coledoco ha qui la solita importanza, e come sempre bisogna porre attenzione a tutte le eventuali possibilità. La scelta dell'ansa intestinale ha variato secondo le operazioni e sopra tutto secondo i casi particolari. Sulle undici operazioni attualmente conosciute, l'anastomosi venne stabilita tre volte col cólon, sei volte coll'intestino tenue e due volte col duodeno (Bardenheuer e Terrier). Sebbene si abbiano avuti dei successi con tutti questi diversi sistemi, è tuttavia fisiologico dire che il colon non deve essere scelto se non quando non sia possibile fare altrimenti. Gli argomenti invocati da Williet (1) per dimostrare il contrario non son punto validi. Sia questa o no una questione di microbii in più od in meno, si comprende infatti, che il risultato operatorio sarà altrettanto migliore, quanto più si avvicinerà allo stato normale. Nel caso in cui le aderenze rendessero questa scelta impossibile, bisognerebbe rivolgersi all'intestino tenue e sopra tutto scegliere un'ansa che possa essere avvicinata alla cistifellea senza subire delle flessioni.

Per ciò che concerne la scelta del punto della cistifellea che più si presti a stabilire una fistola, si comprende che vi ha sempre un vantaggio a ricorrere alla parte più mobile, cioè a dire al fondo dell'organo. A questo proposito, conviene osservare che, se la vescicola è già perforata da fistola, è meglio non utilizzare la fistola, consacrare un tempo speciale alla sua chiusura, e creare la comunicazione in un altro punto. Comunque sia, l'adattamento della vescicola allo intestino costituisce il tempo più delicato. Vi si procede dopo avere successivamente trascinati fuori i due organi da suturare, svuotata la vescicola del suo contenuto ed accuratamente preservato il peritoneo colle norme solite. È in questo momento che si deve anche praticare il cateterismo esploratore per confermare una volta di più la diagnosi.

Per istabilire l'anastomosi abbiamo due metodi d'elezione, quello di Colzi e quello di Terrier. Il processo di Colzi ci è già noto. Ecco in poche parole come è quello di Terrier: è un processo ad un solo ordine di punti di sutura della sierosa, dove lo stato beante della fistola non si ottiene con una sutura isolata come nel processo di Colzi, ma con un tubo di drenaggio che è lasciato nella fistola finchè si elimini colle feci. In quanto alle suture, esse sono abbastanza originali. Lo spazio rettangolare corrispondente all'addossamento delle pareti cistico-duodenali è chiuso su ciascuno dei due lati maggiori con una serie di quattro punti alla Lembert, e l'occlusione dei lati minori si fa increspando le pareti con un punto disposto a borsa di tabacco. Si colloca dapprima il punto a borsa di tabacco più profondo e le due serie parallele di punti. Lo spazio rettangolare chiuso su tre lati, non resta dunque più accessibile che dalla sua estremità anteriore. Grazie a questo passaggio si fa col bistori un occhiello ai due visceri e si colloca un tubo di drenaggio lungo da 4 a 5 centimetri e largo dai 4 ai 5 millimetri. Poi questo passaggio viene tosto chiuso con un filo a borsa di tabacco,

(1) Cl. Williet, *Brit. med. Journ.*, 1888, t. II, pag. 903. — J. E. Pilcher, *Annals of Surgery*, 1887, pagg. 212-232.

cioè con un filo che si impianta ad alcuni millimetri di distanza, due volte nello spessore delle pareti intestinali e due volte nella parete della vescicola. Questo processo è molto brillante, ma è probabile che la doppia sutura di Colzi garantisca molto meglio la permanenza della fistola; tanto che dev'essere considerata secondo il parere dello stesso Delagenière, come il processo preferibile.

Stabilita l'anastomosi, gli organi vengono rimessi al loro posto e si termina la operazione chiudendo la parete addominale con drenaggio al davanti della sutura. Terrier nel suo caso non ricorse al drenaggio, ma in contraccambio ebbe cura di fissare la cistifellea alla parete addominale e questa manovra molto prudente è certo un *minimum* indispensabile.

Le due operazioni che si praticano sul canale coledoco: la *coledocotomia* e la *coledoco-enterostomia*, si definiscono da sè stesse. La coledocotomia, concepita da Kocher (1) e praticata per la prima volta da Kümmel (2), consiste nell'incidere il coledoco ostruito per estrarne i corpi stranieri che si oppongono al passaggio della bile ed a ricucire in seguito i labbri dell'incisione dopo essersi assicurati col cateterismo ch'esso è completamente permeabile. Per meglio assicurare la riunione, Küster fa due piani di sutura, l'uno profondo con catgut, l'altro superficiale con seta. In quanto alla coledoco-enterostomia, essa deve esigere i medesimi tempi operatori che la colecisto-enterostomia; ma l'unica operazione di Sprengel (3) non permette altre particolarità.

La *colelitotrizia* e la *colelitotripsia* (*a*) si capiscono alla loro volta facilmente. La colelitotrizia comprende il complesso delle manovre sovente molto delicate che hanno per iscopo di frantumare i calcoli voluminosi o di smuovere i calcoli incuneati. Qui non si possono dare norme precise fuorchè ricordare le precauzioni da prendere per non offendere le pareti della cistifellea o del dotto cistico; dipenderà dall'abilità particolare del chirurgo trarre il miglior partito possibile dai piccoli litotritori, dalle pinze, dai perforatori, dalle spatole o dai cucchiai, di cui possiamo sempre disporre. Sono precisamente le difficoltà spesso grandissime di queste manovre nel caso di calcoli profondamente incuneati, che hanno condotto Lawson Tait ad immaginare la colelitotripsia. Questa operazione (4) consiste nel triturare il calcolo dentro il lume istesso del canale coledo-cistico colla pressione delle dita od anche col soccorso d'una pinzetta inviluppata con caoutchouc. Per facilitare questo schiacciamento, Thornton ha consigliato di frammentare dapprima il calcolo per mezzo d'un ago introdotto attraverso le pareti del canale.

Vengo alla descrizione molto più importante del *cateterismo delle vie biliari*. Questo consiste nell'introdurre una sonda di natura variabile nel canale cistico,

---

(1) Kocher, *Correspbl. f. schweiz. Aerzte*, 1890, n. 4, pagg. 101-104.

(2) Kümmel, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, n. 12, pag. 239.

(3) Sprengel, Comunicazione al XX Congresso di Chirurgia tedesca, nella *Deutsche medinische Zeitung*, 1890, n. 31, pag. 369.

(*a*) [Queste due espressioni, derivate in modo artifizioso da τρίβω (perforo, trito, sfrego) e da τρῖψις (l'azione del tritare, ecc.), provengono perciò dalla stessa radice. Sarà quindi meglio distinguerle adoperando l'espressione semplice *colelitotrissia* per indicare le manovre fatte attraverso ai canali intatti e *colelitectomia* (eventualmente con *litotrissia*) quando si ricorra all'incisione (D. G.)].

(4) Lawson Tait, *The Lancet*, 29 agosto e 5 settembre 1885.

nel canale coledoco fino all'ampolla di Vater e persino nell'intestino tenue « e, ben inteso, l'apertura preliminare della vescicola biliare è la condizione *sine qua non* di questo cateterismo ». Questa definizione ch'io tolgo dal recente lavoro di Terrier e Dally dà all'operazione il suo giusto significato e la distingue particolarmente dalle semplici esplorazioni della vescicola biliare che si praticano, in caso di fistola preesistente oppure in seguito ad una puntura, con una candeletta od una sonda scanalata. A dispetto dello scetticismo ingiusto di Courvoisier, noi dobbiamo precisamente a Jean-Louis Petit (1) il primo caso d'un cateterismo delle vie biliari. Ma è passato più d'un secolo senza che il nostro grande chirurgo abbia trovato alcun imitatore e la storia utile del cateterismo delle vie biliari è tanto recente che il solo lavoro sintetico che noi possediamo sulla questione è ancora in corso di pubblicazione. È quello di Terrier e Dally (2). Prima di questi due autori, parecchi chirurghi, come Parkes (1885), Willet (1886), Kappeler (1887), Zagorski (1887), Krönlein (1888), Winiwarter (1888), Bettelheim (1889) hanno senza dubbio preconizzata l'operazione e pubblicati dei fatti istruttivi. Alla loro volta, Fontan (3) (di Tolone) nel 1889, Rose al Congresso dei chirurghi tedeschi nel 1890, Courvoisier nel suo libro sulla chirurgia delle vie biliari, e Calot in una specie di riedizione ampliata della sua tesi inaugurale (4), hanno studiata la questione; ma, come lavoro completo, l'articolo di Terrier e Dally conserva sempre la priorità.

Il *cateterismo delle vie biliari* si pratica sia con candelette flessibili ad estremità olivare, sia con istrumenti metallici. Fontan si è servito di una sonda d'argento e descrive le norme precise che si debbono seguire per introdurre l'istrumento. « La sonda, dice egli, si dirige verso il collo della vescicola, supera a questo livello un ostacolo se la si tiene abbastanza inclinata da sinistra a destra, poi bisogna inclinarne fortemente la punta in basso per passare nel canale coledoco. Questa manovra è laboriosa, ma si deve provare la sensazione d'aver oltrepassato un gomito brusco del canale e non d'aver creata ad ogni costo una falsa via ». Queste osservazioni di Fontan hanno il loro interesse, ma esse non potrebbero essere accettate alla lettera. Le ricerche di Terrier sull'anatomia normale dei canali biliari, e le constatazioni fatte da Hartmann riguardo alle modificazioni patologiche del collo della cistifellea calcolosa, dimostrano infatti ch'è impossibile sottomettere il cateterismo delle vie biliari a norme precise. Inoltre è certo che l'uso degli strumenti rigidi espone a gravi false strade. Così il cateterismo deve essere praticato di preferenza con candelette flessibili accuratamente sterilizzate (sonde olivari in gomma elastica) (5). Se la candeletta flessibile non può passare o se la natura dell'ostacolo esige l'uso d'uno strumento più resistente, può darsi che sia vantaggioso servirsi d'un catetere metallico; ma in questo caso lo strumento da scegliere, d'uso più prudente, diventa quello stesso che serve per la dilata-

(1) J.-L. Petit, *Sur les tumeurs formées par la vésicule biliaire* (*Mém. de l'Acad. royale de Chirurgie*, 1743, t. II).

(2) Terrier et Dally, *Du cathétérisme des voies biliaires* (*Rev. de Chir.*, 1891, pag. 649 e seguenti).

(3) Fontan (di Tolone), Lavoro presentato alla Società di Chirurgia, 1889.

(4) Calot, *De la cholécystectomie*. E. Steinheil 1891, pag. 140.

(5) Terrier, *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 16 dicembre 1891.

zione dei restringimenti dell'uretra, cioè il Béniqué munito di guida di Guyon. In un'osservazione recente di Delagenière, i vantaggi che può fornire quest'ultimo istrumento sono messi molto bene in evidenza (1). In quanto alle manovre del cateterismo, qualunque sia l'istrumento, sono variabili come i singoli casi. È un tasteggiare più che un'operazione ordinata, ed il solo precetto da osservare è quello che bisogna sempre agire colla più grande dolcezza.

II. — Fra le operazioni di cui abbiamo parlato, ve ne sono alcune di cui non si può oggidì precisare il valore intrinseco, e sono la *coledoco-enterostomia* e la *coledocotomia*. Avendo la *coledoco-enterostomia* permesso a Sprengel di guarire un'ammalata a cui aveva esportata la cistifellea e respinto per isbaglio un calcolo nel coledoco, noi dobbiamo ritenere la possibilità di questa operazione; ma ciò è tutto quello che se ne può dire. La storia della coledocotomia è, in verità, più formata, e tuttavia, malgrado i successi ch'essa ha dati a Thornton, Küster, Rehn e Braun, è ancora un affare delicato darne un giudizio e sapere in ispecie se essa è più o meno grave che la colecistenterostomia, ciò che sarebbe pure molto istruttivo. Tuttavia, ed è già molto, noi possiamo al presente annoverarla fra i mezzi di cui possiamo disporre per ristabilire la permeabilità del coledoco. Noi restiamo dunque in presenza di tre grandi operazioni che formano la base della chirurgia delle vie biliari (colecistotomia, colecistectomia, colecistenterostomia), e devo dimostrare come il loro valore, per così dire uguale, ci permetta di discuterne, alla medesima stregua, le indicazioni.

I partigiani troppo esclusivi della colecistectomia e della colecistenterostomia hanno fatto alla *colecistotomia* una certa quantità di rimproveri. Il principale si riferisce alle fistole prolungate, di cui essa può essere il punto di partenza. Ora è certo che le fistole consecutive all'incisione della cistifellea non sono così frequenti nè così gravi quanto si disse. Inoltre conviene non confondere qui tutti i casi di fistole di lunga durata e stabilire, in particolar modo, una distinzione tra le fistole biliari, intermittenti o continue, e le fistole muco-purulenti. Le prime, per poco che durino, sono, in realtà, la prova che esiste un ostacolo al corso della bile, ed allora la fistola è un bene. D'altra parte è possibile ottenerne la guarigione con un intervento ulteriore e, in caso d'insuccesso, i fatti simili a quelli di Krumptmann e d'Israel provano che la complicazione è per lo meno tollerabile. L'operato di Krumptmann ha perduto durante otto anni da 240 a 270 grammi di bile per giorno, e quello d'Israel ha subito durante dieci mesi una perdita quotidiana di un litro di bile. Da questo punto, l'avvenire della colecistotomia non ha dunque niente a temere. In caso di fistola muco-purulenta, la responsabilità dell'operazione non è discutibile, ma non bisognerebbe nemmeno esagerare il danno, poichè ben più nettamente ancora che nel caso precedente la fistola resta curabile con un intervento secondario. I risultati immediati della operazione parlano nel medesimo senso. Essi sono in generale perfetti e nei casi sfortunati conviene il più sovente incolpare non già l'operazione stessa, bensì lo stato d'avanzata cachessia biliare o cancerosa. I risultati terapeutici non sono meno

---

(1) Delagenière, *Ibid.* (Relazione di Terrier).

soddisfacenti. Gli ammalati, il cui canale coledoco è ostruito, trovano nella loro fistola una valvola di sicurezza che prolunga loro l'esistenza in modo notevole; quelli che conservano una fistola con permeabilità del coledoco possono essere guariti con un'altra operazione; infine le osservazioni dimostrano che nei casi di guarigione, questa è durevole e la recidiva rara. È dunque ben certo che la colecistotomia può contare fra le operazioni migliori.

La *colecistotomia ideale* e la *colecistotomia in due tempi* devono essere giudicate molto diversamente. Non è già che le statistiche sieno loro contrarie, lo ammettiamo. Così, per la colecistotomia in due tempi, i risultati ottenuti da Blodgett, Kocher, König, Hahn, Kümmel e Riedel (1), sono a prima vista molto soddisfacenti, e su 32 casi riferiti da Courvoisier non si trovano che tre morti. Ma questa considerazione non è sufficiente. Difatti l'operazione ha dei gravi inconvenienti. Essa ritarda l'incisione della vescicola quando è quasi sempre indicato di far presto; dà un accesso insufficiente per l'estrazione dei calcoli; non permette l'esplorazione diretta del condotto coledocistico, e tutto ciò è più importante che una statistica più o meno favorevole. Le medesime considerazioni si applicano alla colecistotomia ideale. Essa ha dato 13 guarigioni ad Heusner (2); la statistica compilata da Courvoisier è rassicurante; i successi ottenuti da Czerny (3), Socin (4), Roux (5) (di Losanna), e Chaput (6), meritano considerazione. Nullameno, e senza sottoscriverci assolutamente alle idee forse troppo prudenti di Lawson Tait (7), è certo che la colecistotomia ideale è un'operazione pericolosa. La friabilità delle pareti della cistifellea, la ritenzione post-operatoria che provocano così sovente sia l'ostruzione calcolosa, sia un semplice spasmo del coledoco, sono altrettante circostanze che fanno rompere la sutura ed uccidono gli operati per peritonite settica. La lettura dei casi pubblicati non lascia alcun dubbio a questo riguardo; contrariamente a quel che succede per la colecistotomia, la morte è quasi sempre imputabile all'atto operativo. Senza contare che l'assenza di fistola, considerata come uno dei vantaggi decisivi dell'operazione, non prova gran cosa. Difatti, delle due cose l'una: o il canale coledocistico è libero o non lo è. Ora se la circolazione della bile fino all'intestino incontra il menomo ostacolo, l'operazione ideale è da respingere; e se il canale coledoco è libero, essa diviene inutile, poichè in questo caso la fistola consecutiva alla colecistotomia classica guarisce spontaneamente (8) o dietro un intervento secondario. Quindi la conclusione mi pare evidente. La sutura ideale ed il metodo in due tempi sono forse buone operazioni in certi casi particolari (specialmente quando la gravità della sutura ideale è attenuata dalla produzione artificiale d'una zona di peritonite adesiva all'intorno); ma in regola

(1) Riedel, *Berl. klin. Woch.*, 1888, nn. 29 e 30.
(2) Heusner, Riunione libera dei chirurghi di Berlino, 13 ottobre 1890 (*Mercredi méd.*, 1891. n. 1, pag. 10).
(3) Klingel, *Beiträge zur klin. Chir.*, 1889, Bd. V, Heft I, pag. 123.
(4) Socin, citato da Courvoisier, pag. 232.
(5) Roux, loco citato.
(6) Chaput, loco citato.
(7) Lawson Tait, *British med. Journ.*, 3 maggio 1884.
(8) Terrier, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1890, pag. 273.

generale, la buona operazione, l'operazione da preferirsi, è la colecistotomia di Marion Sims e di Lawson Tait.

A sua volta, la *colecistectomia* può e deve essere al giorno d'oggi considerata non solo come un'operazione fisiologicamente permessa, ma anche come un intervento molto razionale. L'anatomia comparata, l'esperimento sugli animali e le guarigioni operatorie al presente indiscutibili, hanno difatti dimostrato che la cistifellea non è punto un organo indispensabile. Dire che sia inutile è pressochè un'eresia fisiologica. Ma è ben certo che se ne può far senza e che la sua ablazione non è, come pretende Lawson Tait, un atto assurdo. Dal punto di vista della prognosi operatoria, i fatti che dimostrano la sua benignità, *quando non si disconoscono le sue contro-indicazioni*, sono abbastanza dimostrativi. Le operazioni fatte a Parigi da Péan (1), Michaux (2), Terrier (3), Terrillon (4) e Périer (5) non hanno dato che un morto solo. Thiriar non perdette che il 10 per 100 dei suoi ammalati. Su 28 casi proprii, Courvoisier accusa una mortalità del 25 per 100. Infine, sulle 78 osservazioni raccolte da Calot, si trovano 64 guarigioni e 14 morti, ossia una mortalità media del 17,9 per 100. In breve, si può affermare che la colecistectomia non è un'operazione molto grave. E ciò è tanto più esatto in quanto che le tre complicazioni post-operatorie principali, cioè la emorragia, la peritonite settica e lo spandimento di bile, possono esser ridotte al loro minimo di frequenza coll'osservazione rigorosa delle norme dell'emostasi e dell'asepsi e specialmente con una severità grandissima nella determinazione delle indicazioni operatorie. La prognosi terapeutica è a sua volta favorevolissima e se la realtà della cura radicale della litiasi colla colecistectomia aspetta sempre la sua dimostrazione, non è men vero che finora le guarigioni sembrano molto durevoli. I meriti della colecistectomia non sono dunque più discutibili.

Infine non è men certo che la *colecistenterostomia* riunisce tutte le condizioni d'una buona operazione. La sua mortalità sembra poco elevata, poichè sui 12 casi di cui ho già parlato, non si incontrano che i 4 morti riferiti da Bardenheuer, Fritzche, Tillaux e Körte. Di più è d'uopo osservare che finora gli insuccessi sono piuttosto imputabili alla cachessia cancerosa che all'operazione stessa. I risultati immediati sono pel solito buonissimi, e più o meno presto si vedono scomparire i sintomi della ritenzione biliare. I risultati definitivi si sono dimostrati finora molto soddisfacenti. Essi sembrano durevoli nei calcolosi, e persino in certi cancerosi operati a tempo si può sperare un certo miglioramento. Ne fanno testimonianza i due cancerosi operati da Monastyrki e da Kappeler: « Essi sono guariti delle loro operazioni; la loro salute si è migliorata durante un certo tempo, poi uno è morto per la generalizzazione del suo cancro due mesi dopo, e l'altro di cachessia dopo aver sopravvissuto 15 mesi ».

(1) Péan, vedasi le sue *Cliniques* e la Tesi di Calot, pagg. 186 e 188.

(2) Michaux, *Congrès français de Chir.*, 1890, pag. 580; *Bull. Acad. de Méd.*, 10 giugno 1890.

(3) Terrier, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 30 aprile 1890; *Bull. Acad. de Méd.*, 30 sett. 1890, 10 marzo e 16 giugno 1891.

(4) Terrillon, *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 31 dicembre 1890.

(5) Périer, *Bull. Acad. de Méd.*, 7 ottobre 1890 e *Mercredi méd.*, 8 ottobre 1890, n. 40, pag. 498.

In quanto ai risultati anatomici e fisiologici, sono notevoli. Le constatazioni esperimentali di Gaston (d'Atlanta), Colzi e Dastre (1) ne sono una prima prova che le due autopsie pubblicate da Monastyrki e Kappeler sono venute a confermare. Il fatto di Kappeler in particolare dimostra che la vescicola si trasforma in un vero canale che compie ormai le funzioni del coledoco ed il cui accesso è impedito dalla parte dell'intestino per la formazione di pieghe valvolari attorno all'orifizio della fistola.

In sostanza, tutto dimostra che la colecistotomia, la colecistectomia e la colecistenterostomia sono tre operazioni di valore uguale di cui il chirurgo può a suo arbitrio disporre secondo i casi, a questa condizione tuttavia che l'operazione sia fatta secondo tutte le norme dell'*antisepsi*, ch'essa sia decisa *a tempo* e che la sua scelta sia basata sopra una *diagnosi* diretta il più che si può precisa, e sopra un esame molto severo delle controindicazioni operatorie. Potrei fare quasi a meno d'indicare qui la prima delle condizioni enunziate perchè, ognuno lo sa, tali operazioni non sono permesse che agli osservatori rigorosi delle norme attuali della chirurgia per lo meno asettica. Il solo punto un po' speciale da segnalare è che, secondo l'osservazione di Terrier, vi sono poche operazioni addominali che esigano così nettamente il soccorso dell'antisepsi intestinale. Si comprende difatti che questo sia il miglior mezzo di cui si possa disporre per ridurre al *minimum* le probabilità d'infezione d'un focolaio operatorio che tocca così da vicino il tubo digerente. I vantaggi di un intervento precoce non sono meno evidenti, ed una volta ancora la chirurgia dei calcolosi epatici è a questo riguardo paragonabile a quella degli urinarii. Quelli hanno un fegato chirurgico (2) « allo stesso modo che questi hanno un rene chirurgico ». La peritonite e lo stato troppo avanzato delle lesioni epatiche sono le due cause di morte più frequenti e più temibili. È dunque indispensabile comportarsi come richiede la circostanza. In quanto alla necessità formale di non optare mai per una delle tre operazioni senza avere molto severamente discussa la natura delle indicazioni create dallo stato delle lesioni locali e specialmente dallo stato di permeabilità o d'impermeabilità del canale coledoco, si tratta qui d'un precetto fondamentale che domina tutta la chirurgia delle vie biliari e sul quale non s'insisterà mai abbastanza.

Io so benissimo che ognuno riconosce la chiarezza delle indicazioni quando l'ostruzione del coledoco è flagrante, o quando invece si hanno tutte le ragioni per credere alla sua permeabilità. Nel primo caso non vi sono che due operazioni possibili: la colecistostomia e la colecistenterostomia. Nel secondo caso, al contrario, si può, secondo la circostanza od a volontà, optare senza inconveniente per l'anastomosi intestinale, l'ablazione della vescicola o la colecistotomia ideale. Ma, a fianco di questi casi evidenti, vi sono dei casi dubbi e ben lungi dall'essere rari. Ora, se esiste il menomo dubbio sulla permeabilità attuale od ulteriore del coledoco, ed è lì sopra tutto il punto che mi preme di mettere in evidenza, la regola assoluta dev'essere, a mio parere, quella di comportarsi esattamente come

(1) Dastre, *Rôle de la bile dans la digestion des graisses étudiée au moyen de la fistule cholécysto-intestinale* (*Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, 1888, pag 207).

(2) Forgue et Reclus, loc. cit., pag. 708.

se la circolazione del coledoco fosse compromessa. Il perchè di questa formola è facile a comprendere. Nei due casi, e particolarmente in caso di colecistectomia, il minimo ritorno della ritenzione biliare può avere i più funesti effetti. Senza parlare degli errori di diagnosi già numerosi, che hanno ucciso dei colecistectomizzati, non si contano più i casi dove un calcolo non riconosciuto al momento dell'operazione oppure un tappo di bile condensata (Harley) è venuto in seguito ad otturare il coledoco ed a compromettere gravemente la prognosi. Un semplice spasmo del coledoco può avere dei risultati analoghi. Le ricerche di Oddi sull'apparato muscolare della regione ed alcune osservazioni, come quelle di Le Dentu (1), ne fanno testimonianza. Non vi è dunque alcuna esitazione possibile ed ecco, mi pare, quale è la miglior condotta da seguire in presenza delle principali eventualità della clinica. Queste sono in numero di quattro: permeabilità evidente del coledoco; impermeabilità certa ed incurabile; impermeabilità certa, ma forse curabile; impermeabilità dubbia attualmente o più tardi, ciò che è, si può dire, la regola nei calcolosi. Nel primo caso resta inteso che il chirurgo agisce a suo talento; ma nei tre ultimi è indispensabile, ripeto, obbedire alle indicazioni classiche dell'ostruzione evidente del coledoco, e per conseguenza proscrivere sotto pena di morte del paziente non solamente la colecistotomia ideale, ma specialmente la colecistectomia.

Lo studio dei mezzi di cui noi possiamo disporre per riconoscere la permeabilità del coledoco, o per levare l'ostacolo in caso d'ostruzione calcolosa, è dunque il complemento indispensabile di queste considerazioni.

Dal punto di vista della *diagnosi* dello stato di permeabilità del canale coledoco, l'esame medico ha senza dubbio molto valore, e per esempio l'analisi degli antecedenti o quella del sintoma itterizia forniscono degli indizi abbastanza precisi sull'esistenza probabile d'una occlusione calcolosa. Ma, in simile materia, gli errori clinici non cessano d'essere meno numerosi, ed il solo mezzo di raccogliere dei dati positivi è quello di procedere all'esame diretto del canale coledocistico coll'esplorazione manuale, o col cateterismo in seguito alla laparotomia esploratrice.

L'*esplorazione diretta* del canale coledocistico non è altro che una *palpazione digitale* alla quale si procede dopo l'apertura del ventre; e, quando il dotto cistico od il coledoco contengono uno o più calcoli, quando esiste nella regione una produzione neoplastica qualunque, si comprende benissimo che il tatto possa fornire degli utili indizi. La palpazione del canale cistico è particolarmente molto semplice. La sola causa d'errore che è d'uopo ritenere, proviene dall'esistenza d'un ganglio linfatico studiato da Hartmann, e situato contro la parte sinistra « di ciò che si è convenuto chiamare il collo od il bacinetto della vescicola ». Sotto la influenza d'un'infezione qualunque delle vie biliari, il ganglio può ipertrofizzarsi e far credere all'esistenza d'un calcolo. Terrier medesimo s'è sbagliato. In quanto all'esplorazione del canale coledoco, essa deve esser fatta secondo i consigli di Calot. L'indice è portato colla polpa in avanti, nello *hiatus* di Winslow, ed in questa situazione la palpazione del margine dell'epiploon gastroepatico si fa senza difficoltà. « Mentre la vena porta dà la sensazione d'un cordone molleggiante come

(1) Le Dentu, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1891, pag. 863.

le vene d'un varicocele, il coledoco si lascia sentire come un cordone piatto... e, se esistono dei calcoli nel suo interno, diventa possibile percepirli non solamente alla sua origine, ma più in basso e quasi sul margine superiore del pancreas ». In caso d'occlusione dello *hiatus* di Winslow per aderenze peritoneali, bisogna accontentarsi d'esplorare il margine anteriore dell'epiploon gastro-epatico ed i dati raccolti saranno ancora molto chiari.

Il *cateterismo esploratore* fornisce degli schiarimenti ancora migliori. Si pratica sia in caso di fistola, sia nel corso di una colecistotomia, ed ecco in qual modo vanno le cose in generale. Delle due l'una, o la candeletta penetra facilmente sino all'ampolla di Vater, oppure urta in un punto qualunque del suo percorso. Nel primo caso non è possibile alcuna esitazione, le vie sono libere e, secondo l'osservazione di Terrier, non è neppure necessario d'andare fino all'intestino per convincersene. Questa particolarità ha un grande interesse, perchè in molte circostanze le sonde si arrestano a questo livello, ed è « impossibile passare dal coledoco nell'intestino, senza esercitare un certo sforzo » (Terrier). Nel secondo caso, la diagnosi è più complessa in questo senso che l'impossibilità del cateterismo non permette d'affermare l'esistenza d'un ostacolo patologico. Terrier e Dally hanno difatti dimostrato che il cateterismo delle vie biliari normali non è sempre attuabile. Gli ostacoli che si possono incontrare sono abbastanza numerosi. In prima linea vanno citate le sinuosità della cistifellea e la situazione irregolare dell'apertura del dotto cistico. L'ampolla di Vater può alla sua volta essere difficilmente varcata; ma, secondo Terrier, « le difficoltà vengono quasi unicamente dalle valvole del dotto cistico, specialmente da quelle che sono inserite in vicinanza del promontorio, e che fra loro opposte, quasi circolari, sono talvolta impossibili ad evitare, qualunque sia la forma data agli strumenti ». In verità la distensione patologica delle vie biliari fa scomparire gli ostacoli anatomici dello stato normale; ma la possibilità di urtare ancora contro una valvola senza poterla deprimere non cessa di esistere. Del resto, precisamente allo stato patologico, Hartmann (1) ha dimostrato come le deformità vescicolo-cistiche, consecutive alla litiasi, possano creare dei nuovi ostacoli. Nel numero di queste deformità è d'uopo citare le dilatazioni del canale cistico nelle parti contenenti dei calcoli con restringimenti intermediari, e sopra tutto la possibilità d'una distensione più o meno considerevole del bacinetto della cistifellea, al di là dell'orifizio del canale cistico. È quindi ben certo che bisogna, con Hartmann e Terrier, tenere per principio che, nel cateterismo delle vie biliari, il fatto di urtare contro un ostacolo in un punto fisso, non permette di conchiudere sempre per l'esistenza di una obliterazione.

S'egli è vero che la constatazione di un ostacolo fisso è insufficiente « per legittimare l'ablazione d'una cistifellea di cui si consideri ipoteticamente soppresso il còmpito fisiologico », il cateterismo esploratore non perde perciò del suo alto valore sia dimostrando la permeabilità dei canali, sia dando all'operatore una sensazione di sfregamento rugoso, che non lascia alcun dubbio sulla presenza di produzioni calcolose. Vi hanno infine altre circostanze nelle quali il cateterismo

(1) Hartmann, *Quelques points de l'anatomie et de la chirurgie des voies biliaires* (*Bulletin Soc. anat.*, 31 luglio 1891).

può schiarire la diagnosi in un modo forse meno netto, ma tuttavia ancor molto soddisfacente; intendo parlare dei casi in cui l'ostacolo patologico risiede sia al di fuori delle vie biliari, sia nella parete medesima del canale coledo-cistico. Quando l'ostacolo risiede al di fuori delle vie biliari, si tratta d'un restringimento per compressione, e questo ha per agente ordinario sia una briglia peritoneale, sia un tumore delle vicinanze (cancro o tumore della testa del pancreas, tumore dell'ilo del fegato, del duodeno, ecc.). In simili circostanze, la resistenza speciale provata colla sonda potrà « lasciar vedere al chirurgo la causa esatta del restringimento, e sopra tutto l'esplorazione diretta col dito permetterà il più sovente di riconoscere il tumore (Terrier) ». Quando l'ostacolo proviene dalla parete medesima del canale coledo-cistico, il cateterismo può ancora dare delle sensazioni che lasciano riconoscere l'esistenza d'un restringimento infiammatorio o cicatriziale suscettibile di dilatazione progressiva.

Ammessa la possibilità d'una diagnosi precisa, studiamo ora gli spedienti di cui possiamo valerci per levare o guarire l'ostacolo in caso d'ostruzione o di restringimento del canale coledo-cistico.

Fra le manovre o le operazioni destinate a disostruire il canale coledo-cistico, ve ne sono due per le quali mi pare si debba usare molto riserbo, malgrado i successi ch'esse han potuto dare; sono la colelitotripsia e specialmente l'uso dell'ago consigliato da Thornton. Per quanto siano bene imbottiti i morsi della pinzetta, e per quanto sia fine l'ago, è troppo evidente che queste due manovre minacciano troppo direttamente l'integrità delle pareti del coledoco, per essere conservate. Per contro, la colelitotripsia praticata nella vescicola, a livello del suo collo o più avanti ancora nel canale coledo-cistico, l'epatotomia od anche la coledocotomia renderanno dei preziosi servigi. Non occorre più dimostrare i vantaggi della colelitotripsia prudentemente eseguita. È anche cosa legittima imitare la condotta di Thornton o di Lawson Tait, e prolungare l'incisione d'una colecistotomia fino entro lo spessore del fegato, quando dei calcoli si sono rinchiusi nel parenchima epatico. A sua volta l'incisione del coledoco seguita da colodocorrafia, quando è possibile, sembra un mezzo razionalissimo per estirpare un calcolo che non si possa smuovere, nè triturare, nè far progredire. Si tratta qui senza dubbio d'una operazione molto laboriosa per le difficoltà dell'emostasi o per la profondità del campo operatorio, e recentemente Koerte ha insistito ancora sulle impossibilità operatorie che si possono incontrare. Ma l'operazione non ha mancato di dare eccellenti risultati nelle mani di Thornton, di Küster, di Rehn, di Braun (1), di Hochenegg (2) e di Frank (3). Pare inoltre che la prognosi operatoria immediata sia abbastanza favorevole, perchè sulle 12 osservazioni che, io credo, costituiscono gli attuali documenti dell'operazione, si trova un solo caso di morte, quello di Kümmel. L'operazione è, come si vede, molto da raccomandarsi alla condizione che il calcolo sia nettamente accessibile. Notiamo che la cosa è ben diversa quando

(1) XX Congresso dei Chirurghi tedeschi (*Deut. medic. Zeitung*, 1890, pag. 369, n. 31).

(2) Hochenegg, citato da Frank.

(3) Frank, Società imperiale-reale dei medici di Vienna; seduta 20 ottobre 1891 (*Mercredi méd.*, 1891, n. 47, pag. 596).

il calcolo è incuneato precisamente presso lo sbocco intestinale del coledoco; la osservazione di Jalaguier (1) ci dimostra che la stessa esplorazione diretta può rimanere allora negativa. Credo tuttavia che Lawson Tait in un caso di questo genere abbia potuto levare l'ostacolo incidendo il duodeno.

Il cateterismo è un ultimo mezzo che pare destinato a prendere un posto importante nella cura delle ostruzioni o dei restringimenti del canale coledo-cistico. Il cateterismo può difatti aiutare a disostruire i condotti biliari, sia mobilizzando semplicemente i calcoli e favorendone in tal modo la progressione ulteriore, sia respingendoli d'un colpo fin entro l'intestino. J.-L. Petit aveva già notata l'influenza salutare della semplice mobilizzazione ed alcune recenti osservazioni la mettono ben in luce (2). In quanto alla ripulsione meccanica dei calcoli, essa è facile a comprendere. Si capisce difatti, che quando un calcolo « formatosi nel canale epatico, o specialmente nella vescicola biliare, avrà emigrato dopo un poco di tempo nel canale coledoco, il chirurgo potrà scacciare fino nell'intestino il calcolo ostruttore, dopo averlo smosso col cateterismo e con tutti gli altri mezzi annessi ». Siccome le pareti sono quasi sempre ammalate, non è d'uopo dire che tutte queste operazioni dovranno essere eseguite con una grande dolcezza.

Il còmpito terapeutico del cateterismo delle vie biliari non si limita qui. Terrier e Dally osservano con ragione che i restringimenti infiammatori e cicatriziali del canale coledoco devono, allo stesso modo che i restringimenti dell'uretra, potersi trattare se non colla dilatazione permanente, proposta da Fontan, almeno colla dilatazione temporanea progressiva. Ne fa testimonianza il malato che Winiwarter ha guarito (3) cateterizzandolo tutti i giorni per tre settimane attraverso una fistola biliare. Certi fatti (4) tendono persino a provare che il cateterismo può favorire il ristabilimento per lo meno temporario del corso della bile, quando l'ostruzione del coledoco è prodotta da un tumore delle vicinanze.

III. Definite le condizioni generali che devono guidare le nostre decisioni operatorie, noi dobbiamo applicarle allo studio dei casi particolari. Esaminando nel loro insieme gli stati patologici che possono essere operati, noi vediamo subito che si dividono in due gruppi secondo che l'intervento è o no di una urgenza immediata. I casi nei quali la laparotomia si impone quale operazione d'urgenza corrispondono alle peritoniti da perforazione o da rottura della vescicola biliare. Sia che si tratti d'una rottura per sovradistensione della vescicola nel corso d'una colica epatica acutissima, o d'una perforazione ulcerativa come si osserva sia nella colecistite calcolosa, sia anche nel declinare della febbre tifoidea, la peritonite che ne consegue è di quelle che non perdonano, e l'apertura del ventre s'impone come unico mezzo di salvezza. In quanto alla lacerazione, le condizioni essenzialmente settiche che l'hanno accompagnata dimostrano che la colecistorrafia con riduzione della vescicola sarebbe pericolosa. Anche Calot considera la colecistec-

(1) Jalaguier, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1889, pag. 214.
(2) Willet, *British medic. Journ.*, 13 novembre 1886, pagg. 903-905.
(3) Winiwarter, *Berl. klin. Wochenschr.*, 12 ottobre 1888, n. 43, pag. 877.
(4) Zagorski, loco citato.

tomia come l'intervento da prescegliere in queste condizioni. Io credo che lo stesso valga quando le pareti della cistifellea sono profondamente alterate. Ma quando la vescicola è poco ammalata, questo procedimento sarebbe troppo radicale, ed allora mi parrebbe pratica più saggia, come consiglia Guillemain, fare una colecistotomia, a costo d'intervenire più tardi in modo più completo se la fistola persiste. Del resto è abbastanza raro che si debba operare nelle condizioni precedenti; quasi sempre ci si trova in presenza degli altri stati patologici, di cui ho dato l'elenco, e la discussione delle indicazioni da soddisfare si presenta sotto tutt'altro aspetto.

Di solito, si può dire che il nostro intervento riconosce quattro indicazioni principali: il dolore, l'itterizia, l'esistenza d'un tumore della cistifellea e la persistenza d'una fistola. Queste quattro indicazioni fondamentali sono associate in vario modo, e, come sempre, è abbastanza difficile stabilire una classificazione soddisfacente dei casi particolari. Io credo tuttavia che sia possibile dividere qui gli ammalati in tre categorie principali: A, ammalati che soffrono del fegato senza avere alcun tumore apprezzabile alla palpazione; B, ammalati nei quali il nostro intervento è richiesto dall'esistenza di un tumore biliare; C, ammalati affetti da fistola biliare più o meno antica.

A. Gli ammalati che non offrono un tumore sensibile alla palpazione, richiedono il nostro intervento in due condizioni; ora manifestano dei sintomi epatici come il *dolore* o l'*itterizia*, senza che sia possibile riconoscere clinicamente la causa del male; ora sono dei calcolosi confermati di cui tanto la pazienza quanto la salute sono esauste da *coliche* ripetute, violenti e ribelli a tutti i tentativi terapeutici.

Nel primo caso, le lesioni produttrici dello stato patologico sono senza dubbio molto variabili, ed i fatti finora conosciuti non permettono guari una prescrizione precisa della condotta da seguire; ma in cambio è provato che per la loro intensità, la loro durata e la loro resistenza alla terapia medica, i sintomi *dolore epatico* o *itterizia* diventano talvolta delle indicazioni molto nette di laparotomia esploratrice. Infatti è certo, come dice Terrier (1), che l'esplorazione del fegato attraverso un'incisione sulla linea mediana è « una cosa possibile, quasi facile e d'una innocuità indiscutibile, quando si pratichi il metodo antisettico, o meglio il metodo misto, asettico ed antisettico ». Per parte mia sono talmente convinto dell'innocuità di una laparotomia prudentemente eseguita, che dal 1889 ne ho accolte le indicazioni riguardo ad un ammalato inviatomi dal mio collega Doléris, che non aveva altro sintomo al momento del nostro esame che *un dolore vivissimo* e *nettamente localizzato* al margine del fegato, nella regione della cistifellea. L'ammalato, d'una quarantina d'anni, ed originario dei paesi caldi, aveva avuto, a diverse riprese, degli accessi indubbii d'epatite tropicale, con subitterizia ed ipertrofia del fegato. L'itterizia si era in seguito dissipata ed il fegato aveva riprese le sue dimensioni normali; ma, per contro, il dolore fisso della regione nella cistifellea aveva conservata la sua intollerabile acuzie. L'ammalato non poteva più sopportarlo; il dolore pungente l'opprimeva e lo rendeva incapace a tutto; era

(1) Terrier, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1891, pag. 591.

inoltre soggetto a gravi disturbi dispeptici, ed a poco a poco, avendo consultati tutti i più rinomati medici ed esauriti i mezzi della terapia medica, era giunto al punto da porre egli medesimo le indicazioni d'una laparotomia esploratrice, richiedendo urgentemente e colla minaccia d'un suicidio un'operazione che permettesse di rischiarare la causa delle sue sofferenze. Supponendo l'esistenza possibile di qualche focolaio antico di periepatite, Doléris ed io abbiamo aderito ai desiderii del paziente, ed il 29 maggio 1889 ho praticata la laparotomia esplorativa coll'assistenza di Doléris, Launois e Cabral. L'operazione si è effettuata senza incidenti, ed in tutto e per tutto noi abbiamo constatato in corrispondenza della zona dolorosa uno stato di congestione abbastanza spiccato del tessuto epatico. Il ventre fu dunque richiuso senza intervento complementare, e, fatto interessante, l'ammalato ha ciò non di meno ottenuto il risultato che cercava. Egli guarì. Sebbene mi sia impossibile definire il meccanismo di questa guarigione del sintoma dolore colla semplice apertura del ventre, ci tengo a far osservare che non trattasi punto ivi d'una guarigione per suggestione operatoria. L'ammalato non aveva solamente una ossessione epatica: lo stato congestizio indiscutibile del fegato al limite della zona dolorosa ne è prova. In ogni caso, il fatto dimostra benissimo l'innocuità ed il valore della laparotomia esploratrice nei casi di questa natura.

Nel novero delle circostanze capaci di provocare dei fenomeni dolorosi abbastanza violenti per legittimare una laparotomia ed anche una colecistectomia, bisogna forse contare i casi di « cistifellee dolorose ed irritabili » di cui Thiriar (1) ha parlato quand'ebbe luogo il Congresso francese di Chirurgia nel 1889? Se la realtà di queste nevralgie essenziali della vescicola biliare venisse ad essere confermata, è probabile ch'esse sarebbero da sottoporsi alla colecistectomia; ma pel momento mancano ancora le prove, e l'indicazione operatoria formulata da Thiriar resta allo stato di teoria.

Quando il sintoma dolore non è il solo e lo stato patologico è, per esempio, costituito dall'*itterizia* con o senza aumento di volume del fegato, senza che perciò vi sia tumore, l'indicazione della laparotomia esploratrice diventa più netta ancora. Il fatto comunicato da Terrier (2) all'Accademia di Medicina, nella seduta del 4 novembre 1890, è a questo riguardo particolarmente istruttivo. In un uomo di trentatre anni, colpito da ipertrofia congestizia del fegato complicata con itterizia e con fenomeni febbrili gravi, l'incisione esploratrice e la formazione d'una fistola biliare colla colecistotomia hanno permesso d'ottenere « la rapida guarigione di tutti i disturbi ». Notiamo che in questo ammalato non c'era nè tumore nè calcolo, e nessun'altra lesione che una « ipertrofia considerevole dell'organo dovuta certamente in gran parte all'arresto dello scolo della bile nell'intestino ». Come si è effettuata la guarigione? Sebbene sia abbastanza ragionevole pensare che « il facile scolo della bile della fistola abbia fatto cessare sia l'infiammazione, sia lo spasmo delle vie d'escrezione della bile e che questa abbia potuto passare nell'intestino » resta tuttavia abbastanza difficile formolare una spiegazione. Che importa? Il solo

(1) Thiriar, *Note sur la cholécystectomie* (*III Congrès français de Chirurgie;* seduta del 13 marzo 1888, pag. 313).

(2) Terrier, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1890, pag. 591.

punto importante da ritenere è che Lawson Tait (1) ha torto nel considerare « l'itterizia intensa e persistente » come un sintoma « di tale natura da farci esitare riguardo all'intervento, perfino nei casi in cui siamo quasi certi che esistono dei calcoli nella cistifellea ». La dottrina razionale trovasi invece in sostanza nella conclusione formulata da Terrier, cioè, in presenza di fenomeni di congestione epatica complicata con itterizia ribelle, si è « autorizzati a praticare una laparotomia esploratrice ed una fistola biliare ».

Un'osservazione più recente di Routier (2) prova ancora che in circostanze analoghe, l'istituzione di una fistola non è indispensabile per la scomparsa dei disturbi. Il 30 ottobre 1890 questo chirurgo ha praticato la laparotomia esploratrice ad una sotto-sorvegliante dell'ospedale Laennec, che era entrata nella sua sezione per « un repentino accesso di colica epatica con itterizia divenuta rapidamente nera e con scoloramento delle feci ». In quest'ammalata, la vescicola non era punto distesa e la ripetuta palpazione del canale coledo-cistico era rimasta negativa. Questo massaggio dei canali biliari, ha avuto la sua parte nella cura? Il fatto è possibile. Il fatto sta che dopo l'intervento « i vomiti son cessati, l'itterizia è scomparsa e l'ammalata guarì completamente, malgrado una bronco-pneumonite intercorrente ».

Mi sembra inutile insistere. Per poco numerosi che sieno i fatti precedenti, bastano a stabilire i vantaggi della laparotomia esploratrice nei casi precitati. Mi sia infine permesso di far qui osservare che le due operazioni fatte, la prima da me, il 29 maggio 1889, e la seconda da Terrier, il 5 luglio 1890, sono, in Francia, i due primi esempi di laparotomia esploratrice praticata di proposito deliberato al solo scopo d'esaminare il fegato, e di determinare, se possibile, la natura delle sue lesioni.

L'indicazione della laparotomia e specialmente della colecistectomia è eziandio ben netta nei calcolosi conclamati che « senza tumore nè fistole biliari, soffrono ad intervalli molto vicini di coliche epatiche, e resistono a tutti i mezzi di cura medica? Così Langenbuch ha pensato, ed alcuni chirurghi hanno nettamente formulata una tale indicazione. Thiriar (3) è fra questi. « L'ablazione della vescicola biliare, egli dice, è un'operazione poco pericolosa, che si è autorizzati a praticare in ogni caso di colelitiasi che abbia resistito alla cura medica ». Calot è ancora più positivo. Per lui, la colecistectomia è, senza dubbio, la cura radicale della litiasi biliare; la si deve praticare nell'intervallo fra due accessi e l'operazione resta indicata anche quando non si abbia alcuna certezza clinica sulla presenza dei calcoli. Ora, sembra dimostrato al giorno d'oggi che questa maniera di considerare la questione sia eccessiva e molto pericolosa. Che le coliche epatiche gravi, ripetute e medicalmente incurabili, debbano trattarsi colla laparotomia esploratrice, quando l'esame clinico non riveli al momento dell'intervento nè tumore, nè calcolo, nè fistola, ciò non è più discutibile. La condotta di diversi chirurghi e specialmente quella di Terrier ne fanno alta testimonianza. In quanto alle indicazioni della cole-

---

(1) Lawson Tait, *Brit. med. Journ.*, 1886, t. II, pag. 905.

(2) Routier, *Bull. Acad. de Méd.*, 3 febbraio 1890 (*Mercredi méd.*, 1891, n. 5, pag. 53).

(3) Thiriar, *Bull. du Congrès français de Chir.*, seduta del 10 aprile 1885, pag. 572.

cistectomia, esse sono in tali casi molto più discutibili, e mi stupisco che, per sostenere la superiorità della colecistectomia, certi autori, e Calot (1) in particolare, abbiano invocato dei casi analoghi a quello di Parkes (2) o di Hofmokl (3), che hanno visto l'uno 5, e l'altro 24 calcoli, passati dapprincipio inosservati, eliminarsi in seguito ad una colecistectomia. Sono invece i fatti di questa natura che dimostrano tanto la possibilità d'una recidiva dopo l'ablazione della vescicola, quanto i pericoli di questa operazione, nel caso che un calcolo sconosciuto vada nei giorni successivi ad ostruire il coledoco. Molti ammalati son morti in questo modo. Altri, come per es. uno degli operati di Terrier (4), hanno dovuta la loro salvezza alla produzione spontanea d'una fistola biliare dopo l'intervento. È dunque il caso di correggere molto le prime affermazioni dei partigiani della colecistectomia. Può darsi che la colecistectomia resti indicata quando si trovi negli ammalati di cui si tratta una colecistite calcolosa con notevole alterazione delle pareti. Ma di regola generale, si deve ammettere con Terrier (5) che « nei casi di disturbi epatici dovuti alla litiasi biliare ed alla produzione di calcoli nei canali epatici, è meglio praticare la colecistotomia che la colecistectomia ». Nella sua eccellente rivista sullo stato attuale delle indicazioni della colecistectomia, A. Guillemain (6) giunge alla medesima conclusione dicendo che pel momento « la cura radicale delle coliche epatiche dev'essere abbandonata ».

Del resto non occorre dire, che le considerazioni precedenti s'applicano unicamente ai calcolosi il cui coledoco è permeabile. Nel caso inverso, le indicazioni sono, ben inteso, le medesime pei calcolosi senza tumore che pei calcolosi di cui parleremo nei due paragrafi seguenti, e nei quali l'indicazione operatoria è costituita da un tumore o da una fistola. Io credo dunque inutile insistere. Il solo punto che io volevo mettere in luce per gli ammalati di questa prima categoria, è la utilità della laparotomia esploratrice, seguita o no da intervento diretto sulle vie biliari.

B. Gli ammalati nei quali l'intervento è suggerito dalla constatazione di un tumore biliare, non sono esclusivamente dei calcolosi. La colecistite, l'idrope, l'empiema o la distensione biliare della vescicola possono essere la conseguenza di lesioni patologiche differenti, e l'ostacolo al corso della bile può nascere per esempio da un neoplasma, da un restringimento o da una occlusione cicatriziale. Ma questa varietà di lesioni fondamentali non esige uno studio speciale per ciascuna di esse. Dal punto di vista delle indicazioni operatorie si hanno invece tutti i vantaggi nel considerarle nel loro insieme, ed ecco in qual modo bisogna comportarsi.

Una prima questione da decidere qui è la seguente: In presenza d'un tumore biliare è d'uopo o no, completare la diagnosi e cominciare l'intervento con una puntura? Io parlo qui della sola puntura permessa oggigiorno, cioè della puntura

---

(1) Calot, loc. cit., pag. 109.
(2) Parkes, *Americ. Journ. of med. Sciences*, 1885, pag. 95.
(3) Hofmokl, *Wien. med. Presse*, 1885, pag. 1509.
(4) Terrier, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1891, pag. 388.
(5) Terrier, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1891, pag. 396.
(6) A. Guillemain, *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 26 settembre 1891, pag. 461.

aspiratrice praticata nel modo più asettico coll'apparecchio di Potain o di Dieulafoy. Che la puntura sia a tutto rigore permessa quando il tumore biliare ha contratto delle aderenze importanti colla parete addominale, sta bene; ma quando queste aderenze fanno difetto, la cosa è molto differente. Oltre che la puntura è ben sovente incapace di fornire alla diagnosi dei documenti positivi, si può dire che in parecchie circostanze essa espone ai pericoli più serii, in questo senso, che permette al liquido contenuto nella vescicola di sgocciolare nella cavità peritoneale. Ora, sia che si tratti di bile che di pus o di muco, le proprietà settiche del contenuto di una cistifellea distesa non sono più da dimostrare, e per conseguenza la conclusione scaturisce da sè stessa. Ogni operazione ben condotta è meno grave che una puntura, e questa dev'essere proscritta.

Ove si tratti d'una cistifellea colpita da idrope, o da empiema o da colecistite calcolosa propriamente detta, si procederà adunque nel modo seguente: si comincierà a praticare la laparotomia, l'esplorazione manuale dell'apparato biliare e l'incisione della vescicola. Poi, secondo i consigli formulati da Terrier e Dally, si deve tosto procedere al cateterismo delle vie biliari. Nella maggior parte dei casi, questo non sarà possibile che dopo l'estrazione sovente laboriosa di uno o più calcoli. Ma poco importa che il tumore biliare si complichi o non con calcoli, l'indicazione formale del cateterismo resta. Solo esso permette di riconoscere lo stato di permeabilità, di restringimento o d'occlusione delle vie biliari, e questo stato variabile dei canali sarà il movente principale della determinazione da prendere.

Se le vie biliari son libere, o se è possibile renderle tali seduta stante, estraendo o respingendo dei calcoli che ingombrino il coledoco, od anche per mezzo della coledocotomia, l'indicazione sarà nettissima. Eccezionalmente, se la permeabilità del condotto coledocistico è confermata, se le pareti vescicolari sono assolutamente sane, si potrà, come consiglia Terrier, imitare la condotta di Rose, di Kroenlein o di Roux (1) (di Losanna), e terminare con una colecistotomia ideale. Ma, in modo generale, e per poco che lo stato delle pareti vescicolari faccia temere la lacerazione dei punti di sutura, sarà prudente fare quest'operazione in due tempi, o meglio ancora, accontentarsi d'una colecistotomia.

Se il cateterismo e l'analisi dei sintomi clinici dimostrano che le vie biliari non sono punto libere, la condotta da seguirsi varierà colla natura dell'ostacolo, col suo grado e specialmente colla sua sede. Importa anche distinguere i casi nei quali l'ostacolo è permanente da quelli in cui lo si può levare. Mettendoci da questi diversi punti di vista, ecco in qual modo dobbiamo decidere la questione.

La possibilità di guarire una ostruzione delle vie biliari non si presenta guari che in due circostanze; ostruzione per calcolo o parassita, e restringimento infiammatorio o cicatriziale delle pareti. In caso d'ostruzione calcolosa, anche quando la permeabilità del condotto coledocistico non può essere ristabilita seduta stante coll'estrazione o col respingimento del calcolo, noi sappiamo da osservazioni positive, che il ripetuto cateterismo favorisce in modo notevole l'espulsione ulteriore dei calcoli ostruenti. Nei casi di questo genere, la sola operazione ragionevole è

---

(1) Roux, Comunicazione alla Società valdese di medicina (*Revue méd. de la Suisse romande* del 20 ottobre 1891, e *Médecine moderne*, gennaio 1891, pag. 25).

dunque la colecistotomia con sedute ulteriori di cateterismo. Se l'ostacolo è costituito da un restringimento infiammatorio o cicatriziale, le indicazioni sono identiche. Si tratta allora sia d'un'ipertrofia infiammatoria della mucosa del canale biliare con addossamento delle pareti iperplasiche, consecutiva ad un'angiocolite calcolosa o non calcolosa, sia d'un restringimento cicatriziale provocato dalla guarigione d'un'ulcerazione come quelle che succedono al soggiorno troppo prolungato dei calcoli. Quest'ultimo meccanismo può persino condurre all'obliterazione completa. Ma, come osserva Terrier, simile ostruzione « non può quasi avvenire che nel dotto cistico che non è intimamente legato all'escrezione della bile. Nel dotto coledoco, oltrechè il calcolo non avrebbe il tempo di soggiornare abbastanza a lungo per provocare un'ulcerazione circolare della mucosa, la semplice diminuzione di calibro del canale si rileverebbe con sintomi troppo gravi perchè si possa fare l'obliterazione completa ».

Comunque sia, Terrier e Dally osservano con ragione che la terapia di queste lesioni « appartiene al cateterismo delle vie biliari ». Esse sono difatti trattabili colla dilatazione temporaria progressiva e per conseguenza tutte le volte che si supporranno simili lesioni delle pareti del canale coledo-cistico, la colecistotomia sarà la sola operazione possibile. In quanto alla fistola, la si conserverà fino al ristabilimento completo della permeabilità delle vie biliari: può darsi del resto che a questo punto guarisca spontaneamente. Bisognerebbe forse unire ai fatti precedenti degli esempi di restringimento delle vie biliari per compressione neoplasica, nei quali pare che un cateterismo ripetuto possa ristabilire per un certo tempo il corso della bile. È ciò che ha fatto Zagorski per una ostruzione del coledoco da tumore canceroso del pancreas. Ma l'evoluzione del neoplasma ha ben presto annullato i benefizi passeggieri del cateterismo, e simile risultato è evidentemente certo nei casi di questo genere. Cosicchè basta accennare a questa indicazione eccezionale del cateterismo terapeutico.

Stabilita così la condotta da seguire quando l'ostruzione è curabile, vediamo come cambino le indicazioni quando l'ostruzione delle vie biliari sfugge alla nostra azione. Qui, qualunque sia la causa dell'ostruzione, si tratti d'un tumore esterno, d'un corpo straniero interno o d'un restringimento infiammatorio o cicatriziale, è la sede dell'ostacolo che deve guidare le nostre determinazioni. Le considerazioni desunte dalla natura dell'ostacolo vengono in seguito. Tre casi possono dunque presentarsi secondo che l'ostacolo al cateterismo risiede nel dotto cistico, nel dotto coledoco od in entrambi simultaneamente.

L'obliterazione del canale cistico si osserva nell'idrope o nell'empiema della cistifellea o nella colecistite calcolosa. In caso d'idrope o d'empiema, l'affezione è, si può dire, la medesima. La prima non è, secondo l'osservazione di Périer (1), che il primo stadio della seconda, e senza dubbio esse sono tutte due causate dal medesimo microbio, il *bacterium coli commune*. È dunque legittimo loro applicare la medesima cura, e nei due casi si farà la colecistectomia a questa doppia condizione che sia positivamente stabilita l'impossibilità di ristabilire la permeabilità del dotto cistico e che la permeabilità del coledoco sia per suo conto indiscutibile.

(1) Périer, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 10 ottobre 1890.

Il menomo dubbio su questi due punti farà sempre preferire la colecistotomia. Queste riflessioni si applicano all'idropisia ed all'empiema che non riconoscono per causa un'ostruzione calcolosa.

Quando si è in presenza d'una colecistite calcolosa propriamente detta, o di una dilatazione più o meno considerevole della cistifellea consecutiva ad un'ostruzione calcolosa, le indicazioni sono differenti. Nella colecistite calcolosa, ho già detto come la colecistotomia doveva essere in modo generale sempre preferita alla colecistectomia. Io non vi torno sopra che per ripetere una volta di più questo prudente precetto. Ma bisogna anche riconoscere che vi sono delle eccezioni. Così, quando le pareti vescicolari sono molto alterate e specialmente quando l'obliterazione del canale cistico sembra definitiva, è d'uopo, come prescrive Terrier, « sopprimere la vescicola biliare ». Formulata in tal modo, l'opportunità dell'intervento non è dubbia; ma in pratica, più d'una circostanza può ancora dare luogo ad incertezza. Infatti l'indicazione fondamentale della colecistectomia, cioè la constatazione dell'inutilità della vescicola per ostruzione definitiva del dotto cistico, non è sempre facile a stabilire. Quando l'occlusione del dotto cistico è causata da un calcolo che non si può smuovere, nè togliere, l'indicazione è chiara e, come dice Terrier (1), si è, per così dire, obbligati a fare la colecistectomia. Ma quando, dopo ablazione d'un calcolo al quale si attribuiva l'occlusione del dotto cistico, questo rimane tuttavia impermeabile al cateterismo, conviene ricordarsi che l'impossibilità di far passare una sonda non è sempre una prova certa di occlusione. Ed è allora che lo stato d'alterazione delle pareti vescicolari, la loro friabilità eccessiva o la loro trasformazione fibrosclerosa (2) devono essere prese in molto seria considerazione e sono esse che indicano la soppressione dell'organo. Guillemain (3) ha dunque avuto ragione di conchiudere dicendo che la vera indicazione della colecistectomia nella colecistite calcolosa è costituita dalla « alterazione delle pareti con ostacolo al cateterismo ».

Le norme che precedono riguardano sopra tutto i casi nei quali la distensione della vescicola non è considerevole. Quando questa prende più grandi proporzioni, Terrier (4) ha dimostrato che « il problema diventa ben diverso e la sua soluzione differente ». « Qui, egli dice, bisogna togliere la cistifellea molto distesa, trattandola come una cisti della faccia inferiore del fegato ». Se l'estirpazione è impossibile, bisogna accontentarsi di « resecare quanto si può delle pareti della vescicola distesa, lasciando ciò che non si può levare e fissando le pareti rimanenti ai labbri della ferita fatta alla parete addominale anteriore. In quanto al calcolo, che, nella maggior parte dei casi, ostruisce il collo della cistifellea od il dotto cistico, lo si deve rimuovere se è possibile. Altrimenti rimane in posto e, fatto curioso, la osservazione di Terrier dimostra che non ne risulta sempre la formazione d'una fistola persistente come si potrebbe credere *a priori*.

---

(1) Terrier, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1891, pag. 831.
(2) Hartmann e Pilliet, *Bull. de la Soc. anat.*, luglio 1891.
(3) Guillemain, loc. cit., pag. 463.
(4) Terrier, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1890, pag. 831.

Supponiamo ora che l'ostacolo al corso della bile risieda nel coledoco e che sia impossibile farlo sparire. Il problema si trova molto semplificato, e quando l'ostacolo è costituito da un calcolo, un restringimento od una compressione periferica non cancerosa quale sarebbe una sclerosi della testa del pancreas, come si è riscontrato in un caso osservato da Hayem (1), l'operazione migliore è certamente la colecistenterostomia, che sola permette di «supplire all'insufficienza funzionale del canale coledoco creando una fistola intestino- o meglio duodeno-vescicolare» (Terrier e Dally). Nel caso che l'alterazione delle pareti impedisse di tentare questa operazione, ben si comprende come il solo spediente consisterebbe allora nel creare «una fistola biliare per impedire la stasi biliare e la colemia». Quando l'obliterazione del coledoco è il risultato di un'affezione cancerosa, il solo scopo a cui si possa ragionevolmente mirare è quello di evitare la colemia aspettando che i pazienti soccombano all'evoluzione del neoplasma, ciò che non tarda molto. Si deve quindi, nel maggior numero dei casi, procedere più che in fretta e dare la preferenza all'intervento più semplice, cioè alla colecistotomia. Tuttavia, certi fatti, quello di Kappeler (2) per esempio, che ha visto il suo operato sopravvivere un anno, sembrano indicare che si può fare di meglio offrendo, persino ai cancerosi, i vantaggi fisiologici della colecistenterostomia. Si può dunque ammettere questa indicazione in caso affatto eccezionale.

L'ultima eventualità che mi resta da considerare concerne i casi d'obliterazione simultanea del dotto cistico e del coledoco. Qui la situazione è certamente delle più gravi, ed i fatti finora pubblicati non permettono molto di formulare delle norme precise. Ecco tuttavia come si può teoricamente considerare la questione: le lesioni create dall'obliterazione del dotto cistico passano in seconda linea ed, a meno che esista una possibilità qualunque di ristabilire la permeabilità del dotto cistico e le funzioni della vescicola, il chirurgo non deve avere che uno scopo: trarre il miglior partito possibile dallo stato del coledoco. Ora non esistono per ciò che due operazioni: la coledocotomia o la coledoco-enterostomia. Avendo la coledocotomia già fatte le sue prove, sembra ragionevole accordarle la preferenza e noi sappiamo che permettendo l'estrazione dei calcoli, essa può apportare un ristabilimento completo della permeabilità del coledoco. In quanto alla coledocoenterostomia, praticata una sola volta da Sprengel (3), è difficile pronunciarsi a riguardo di essa. Tuttavia, il successo ch'essa ha dato merita attenzione, e in un caso d'ostruzione definitiva del coledoco coincidente con lesioni tali dell'apparato vescicolo-cistico che la sua utilizzazione sia impossibile per una colecistotomia od una colecisto-enterostomia, l'operazione di Sprengel sembra costituire uno spediente prezioso alla condizione, ben inteso, ch'essa sia resa possibile da una dilatazione sufficiente del canale coledoco dietro dell'ostacolo. Nel caso di Sprengel, il coledoco aveva acquistate delle dimensioni tali che sul principio venne preso per un'ansa intestinale.

---

(1) Hayem, citato da Terrier (*Revue de Chir.*, 1889, pag. 981).

(2) Kappeler, *Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, 1887, n. 17, pag. 513 e 1889, n. 4, pag. 97.

(3) Sprengel, Comunicazione al XX Congresso della Chirurgia tedesca (*Centr. für Chir.*, 1891, n. 26, Suppl., pag. 122).

C. Quando l'indicazione operatoria è creata dall'esistenza d'una fistola biliare, consecutiva sia all'apertura d'una pericolecistite suppurata, sia all'assenza di cicatrizzazione d'una colecistotomia anteriore, dev'essere prima cura quella di formulare una diagnosi precisa sulla natura della fistola, e particolarmente sullo stato di permeabilità o d'impermeabilità dei canali biliari. Qui, come sempre, sta in realtà il solo mezzo d'optare per un intervento razionale, e le indicazioni operatorie sono insomma le medesime che nei casi precedentemente studiati. La sola differenza si riferisce al fatto che bisogna stabilire la diagnosi senza il soccorso della laparotomia e della palpazione diretta e senza altra guida che l'esame clinico ed il cateterismo delle vie biliari praticato attraverso la fistola. Non è d'uopo dire che quando esistono dei calcoli nella vescicola, la loro ablazione prudente a pezzetti, previa dilatazione o sbrigliamento dell'orifizio fistoloso, dovrà sempre precedere il cateterismo.

« Se le vie biliari sono libere e d'un diametro sufficiente, il chirurgo dovrà approfittarne per tentare l'occlusione della fistola divenuta inutile, perchè, a rigore, il rallentamento della corrente della bile nell'interno dei canali, causato dalla derivazione di una parte della corrente attraverso alla fistola potrebbe favorire una nuova lesione delle vie normali di escrezione ». Per ottenere questa occlusione si sono consigliate delle operazioni insufficienti, come la cauterizzazione o l'uso dei liquidi irritanti, o degli interventi che sorpassano lo scopo, come la colecistorrafia, previa distruzione delle aderenze parietali, con riduzione consecutiva della sutura. Il meglio, in simili circostanze, è di ricercare la guarigione cruentando direttamente il tragitto fistoloso e suturandolo.

In quanto alle indicazioni operatorie in caso d'ostruzione delle vie biliari, esse variano sopra tutto colla sede dell'ostacolo, e sono ancora esattamente simili a quelle che si presentano in caso di tumore biliare. Tuttavia è bene osservare che le alterazioni sempre spiccate delle pareti vescicolari hanno qui molta importanza. Se l'occlusione del canale cistico è completa, la cistifellea non è più che la sacca generatrice di una fistola muco-purulenta e, come hanno dimostrato i due successi operatori di Michaux (1) e quello di Langenbuch (2), la colecistectomia è l'operazione da prescegliere.

In caso d'ostruzione del coledoco, l'intervento ideale sarebbe la colecistenterostomia, e Mayo Robson (3) l'ha praticata con successo in un caso di questo genere coll'anastomosi vescicolo-colica; ma sfortunatamente le alterazioni ordinarie della vescicola fistolosa saranno ben sovente un ostacolo a questo modo di agire. Allora non si dovrebbe mancare di seguire i consigli di Terrier: « Conservare la fistola biliare, preziosa valvola di sicurezza contro la colemia, oppure tentare la coledocotomia, riservando ad un'epoca ulteriore l'occlusione della fistola ». Potrebbe anche darsi che il cateterismo permettesse di smuovere il calcolo otturatore, come J.-L. Petit sembra aver fatto in un caso che è dappertutto riferito.

(1) Michaux, loco citato.
(2) Calot, loc. cit., pag. 203.
(3) Mayo Robson, *British medic. Journ.*, 30 novembre 1889, pag. 1218.

IV. Per completare questo studio della chirurgia del fegato e delle vie biliari credo sarebbe utile dare qui uno sguardo generale alle indicazioni particolari a ciascuna delle operazioni di cui abbiamo, strada facendo, constatata l'opportunità. Ma è evidente che l'attuazione completa di questo programma mi condurrebbe troppo lungi. Lasciando da parte le operazioni che si praticano sul fegato, io mi accontenterò di riassumere le indicazioni delle operazioni che si riferiscono alla chirurgia delle vie biliari propriamente dette considerate nel loro insieme e non solo nei casi particolari della litiasi biliare.

Secondo Delagenière (1) le indicazioni formali della colecistenterostomia sono: 1° tutti i casi d'occlusione completa od incompleta del canale coledoco, i quali abbiano portata una dilatazione della vescicola, oppure una ritenzione biliare; 2° Tutti i casi d'idrope della vescicola dovuti all'occlusione del dotto cistico, sia o no riconosciuta la causa, perchè allora non si ha più da temere una fistola biliare esterna, ma una fistola che dia uno scolo muco-purulento; 3° Tutti i casi di litiasi biliare a calcoli multipli, od a calcolo unico, incuneati definitivamente nel dotto cistico o nel coledoco, alla condizione tuttavia che le pareti della vescicola non sieno troppo alterate; 4° tutti i casi di fistole biliari esterne persistenti. In questi casi la colecistenterostomia sarà quasi sempre secondaria alla colecistotomia.

Mi pare che con ciò si vada un po' troppo oltre, e, senza dividere totalmente l'opinione di Forgue e Reclus (2), quando scrivono che la colecistenterostomia « non erediterà che gli insuccessi della colecistotomia », io credo però che non convenga non generalizzare tanto come Delagenière. Infatti, la creazione di una fistola cistico-intestinale non mi pare essere appieno giustificata che in due circostanze: 1° impossibilità di lasciare al coledoco la cura di condurre la bile nell'intestino; 2° possibilità operatoria o fisiologica d'utilizzare la vescicola per il medesimo scopo. Ciò posto, io credo sia d'uopo togliere dalla lista compilata da Delagenière i casi considerati nella sua conclusione e quelli che riguardano la occlusione calcolosa completa del canale cistico, comprese le fistole muco-purulente. Qualunque sia la causa dell'obliterazione del dotto cistico, dal momento che essa è completa, la cistifellea fistolosa o non fistolosa non è più che un organo inutile od un recesso settico, e la sua soppressione s'impone tutte le volte che è chirurgicamente possibile. La colecistenterostomia non mi pare dunque l'operazione da prescegliere che in due circostanze:

1° In tutti i casi d'obliterazione completa od incompleta del coledoco, quando la causa dell'ostruzione (restringimento, calcolo o tumore periferico) non sia un restringimento dilatabile, un calcolo che si possa smuovere col cateterismo, o levare colla coledocotomia; oppure un cancro troppo avanzato, da permettere ancora di pensare ad altro se non ad una colecistostomia; e quando sia ben certo che l'alterazione della cistifellea o l'obliterazione simultanea del dotto cistico non comandino sia una semplice colecistostomia, sia forse un'operazione come la coledocoenterostomia;

(1) Delagenière, loc. cit., pag. 66.
(2) Forgue e Reclus, loc. cit., pag. 703.

2° In certi casi di fistole biliari permanenti, quando l'occlusione del coledoco si presenta nelle condizioni d'incurabilità precitata, e quando i cambiamenti di rapporto della cistifellea o l'alterazione delle sue pareti non obbligano a lasciar le cose come sono.

Per ciò che concerne le indicazioni della colecistectomia, le divergenze sono abbastanza numerose. Così, per Calot che s'è fatto il difensore delle idee di Langenbuch e d'Hirschberg, la colecistectomia è l'operazione di elezione e fors'anco di necessità nei casi seguenti: *A.* Lesione traumatica; *B.* Idropisia od empiema; *C.* Tumore organico; *D.* Fistole biliari persistenti; *E.* Accidenti della colelitiasi. Come sole contro-indicazioni, Calot ammette: 1° la troppo grande estensione delle aderenze della vescicola cogli organi vicini; 2° l'occlusione del coledoco. D'altra parte alcuni chirurghi professano un'opinione molto differente. Forgue e Reclus (1) sono fra questi, e sebbene della loro requisitoria contro la colecistectomia non risulti una solida conclusione, vi si trovano tuttavia tutti gli elementi d'una condanna inappellabile. Tutto sommato, sarebbe certamente più prudente accettare le idee di Forgue e Reclus che quelle di Calot. Difatti non basta, per lasciare alla operazione i suoi vantaggi, d'altronde indiscutibili, il dire ch'essa è controindicata quando vi abbia manifesta ostruzione del canale coledoco. Ciò che si deve aver ben presente alla mente è che, nei calcolosi, la permeabilità delle vie biliari non è spesso che apparente. Non è solamente un calcolo inavvertito, che può ostruire il coledoco dopo l'intervento ed uccidere il paziente, che una colecistotomia avrebbe salvato; bisogna tener pure conto dei serii accidenti che un semplice spasmo del coledoco può creare quando si presenti nelle medesime condizioni. Si deve infine riconoscere che all'infuori degli operati, guariti colla colecistectomia nel modo più legittimo, ve ne sono molti altri che sono stati colecistectomizzati allorchè la loro cistifellea poco alterata comunicava ancora col coledoco, e questi sarebbero stati guariti più prudentemente colla colecistotomia. Io non ho alcun rammarico di insistere su questi fatti. Disconoscere la loro importanza considerevole sarebbe un voler troppo presto gettare il più grande sfavore sull'ablazione della cistifellea, e ciò sarebbe un grave danno, poichè si tratta invece di un'operazione fra le meglio ordinate e capace di rendere in certi casi dei segnalati servigi. Tutti i nostri sforzi debbono ormai tendere a precisare le indicazioni prudenti di questa operazione ed ecco, mi pare, come le si debbono comprendere.

L'indicazione ideale della colecistectomia è costituita dall'associazione di due condizioni fondamentali: la possibilità di lasciare al coledoco la cura di condurre la bile nell'intestino, e l'impossibilità d'utilizzare l'apparato vescicolo-cistico in una maniera qualunque, sia che vi abbia ostruzione incurabile del dotto cistico, sia che la vescicola stessa per le sue alterazioni infiammatorie, neoplasiche od anche traumatiche, costituisca ormai un organo inutile o pericoloso. Le controindicazioni formali sono alla loro volta costituite sia dall'impermeabilità del coledoco, sia dai dubbi che si possono avere sulla realtà della sua apparente permeabilità, sia dall'esistenza d'un'obliterazione cistica di natura tale che si possa tentarne la guarigione, sia infine dall'impedimento che possano portare all'atto

---

(1) Forgue e Reclus, loc. cit., pag. 767.

operativo aderenze troppo estese della cistifellea ammalata. Se è vero, come credo, che queste due proposizioni devono servire di base al nostro giudizio, diventa facile ridurre al loro giusto valore le indicazioni della colecistectomia in tutti i casi considerati nella classificazione di Calot.

Nelle perforazioni traumatiche o spontanee della cistifellea, la soppressione dell'organo è la migliore operazione, a meno che la piccola estensione della ferita e l'assenza di lesioni settiche troppo avanzate non permettano di tentare la conservazione della vescicola con una colecistostomia provvisoria od una colecistorrafia immediata.

Nei tumori organici non complicati con ostacoli od anche con imbarazzo alla circolazione del coledoco, la colecistectomia è certamente l'operazione da prescegliere. Nei tumori liquidi, idrope od empiema, l'ablazione della vescicola è ancora la migliore operazione, alla triplice condizione che il coledoco sia permeabile, che l'occlusione incurabile del dotto cistico od il grado delle alterazioni vescicolari impediscano ogni tentativo di conservazione, e che l'estensione delle aderenze perivescicolari non renda l'estirpazione troppo pericolosa.

Nelle coliche epatiche ribelli, le indicazioni della colecistectomia sono eccezionali. L'operazione dev'essere difatti riservata, sotto pena di gravi fastidi, ai casi nei quali la colecistite s'accompagna con lesioni tali che l'obliterazione calcolosa del dotto cistico o le alterazioni definitive della vescicola si oppongano nettamente ad ogni tentativo di conservazione. In altri termini, la colecistectomia non è più qui che un espediente di cui bisogna valersi con grande circospezione.

Nelle fistole biliari è necessario infine accuratamente distinguere le fistole mucopurulente con obliterazione definitiva del dotto cistico, e le fistole biliari propriamente dette. Le prime sono una indicazione formale di colecistectomia quando le aderenze non depongano invece in favore dello sbrigliamento semplice con tamponamento: ma per le seconde è necessario esser molto più prudenti e la chirurgia deve obbedire a tutte le indicazioni create dall'esistenza probabile o certa di un disturbo nella funzione del coledoco.

I limiti che l'analisi dei fatti obbliga per ora ad apporre alle indicazioni delle due operazioni precedenti, ci dimostrano l'importanza della parte riserbata alla colecistotomia, e non parlo qui della colecistotomia ideale, anche quando è resa più prudente dalla modificazione di Langenbuch, ma dell'incisione semplice della cistifellea collo stabilimento d'una fistola. La colecistotomia ideale presenta infatti dei pericoli che non sono senza analogia con quelli della colecistectomia. So bene che non merita forse la prescrizione formale con cui alcuni chirurghi la vogliono colpire. I successi operatorii di Rose, di Roux (1) (di Losanna), ecc. ne fanno testimonianza; ma la lacerazione possibile della sutura non cessa di essere un pericolo che non si debba sempre tener presente. Quindi la sutura ideale dev'essere riservata sia alle ferite accidentali di minima importanza, sia alle incisioni tipiche della colecistotomia richiesta dalla distensione d'una vescicola calcolosa, quando le sue pareti sono ancora sane, quando è possibile evacuarla completamente e quando si è certi della permeabilità delle vie biliari; doppia condizione, che insomma è abbastanza rara.

---

(1) Roux, loco citato.

Non si può neppure dire che la colecistotomia ideale debba sostituire sia la colecistostomia, quando la vescicola è troppo piccola per essere suturata alla parete, sia la colecistectomia, quando questa è impedita dalla estensione delle aderenze, attesochè in simili circostanze il partito più saggio è quello d'accontentarsi d'una semplice incisione abbandonando la vescicola con drenaggio ed adatto isolamento del focolaio operatorio.

Da tutto quel che precede, si può conchiudere che le indicazioni della colecistotomia propriamente detta con semplice drenaggio del focolaio, o colecistostomia tipica, si presentano in condizioni molto numerose. Anzitutto si deve praticare l'incisione semplice in tutti i casi in cui le due altre operazioni, sebbene teoricamente indicate, hanno tuttavia le controindicazioni operatorie sulle quali ho insistito, create sia dalle aderenze nei casi trattabili colla colecistectomia, sia dalle alterazioni della cistifellea nei casi favorevoli alla colecistenterostomia. L'incisione non è allora che un espediente. E sia pure. Ma è uno spediente che salva gli ammalati. È lo stesso nei cancerosi, quando l'età del neoplasma che ostruisce il coledoco è tale che sia inutile praticare un'operazione completa come la colecistenterostomia e sufficiente abbastanza porre riparo agli inconvenienti della colemia con un'incisione semplice e rapida. Inoltre, fatta eccezione dalle rare indicazioni della colecistotomia ideale, è ben evidente che la colecistostomia è a sua volta l'operazione di scelta tutte le volte che l'affezione della cistifellea s'accompagna sia colla permeabilità del canale coledocistico, sia con un'occlusione completa od incompleta di questo medesimo condotto, della quale si possa tentare la guarigione col cateterismo. Terrier adunque ha formulata bene l'indicazione vera e prudente in quasi tutti i casi di litiasi biliare mettendo la colecistotomia in prima linea fra gli interventi razionali quando è possibile.

Quanto alla coledocotomia, e specialmente alla coledoco-enterostomia, queste due operazioni sono nate da troppo breve tempo perchè sia possibile darne un giudizio. La coledocotomia ha tuttavia già fatte le sue prove, e, malgrado le sue difficoltà, si deve cominciare a riconoscere la realtà delle sue indicazioni in caso d'ostruzione calcolosa del coledoco. Il successo di Sprengel dimostra che in presenza d'una occlusione incurabile del dotto coledoco e del cistico, si potrebbe trar partito della coledoco-enterostomia; ma è evidente che questo unico fatto non permette altra conclusione. Del resto, nei casi di questo genere, si deve pure riconoscere, con Terrier, che quasi sempre, la gravità delle lesioni e la rapidità dell'intossicazione colemica, renderebbero ogni intervento inutile o singolarmente difficile.

BACINO

del Dott. CARLO WALTHER

CHIRURGO DEGLI OSPEDALI

Traduzione del Dott. L. FERRIA

CAPITOLO I.

TRAUMATISMI

I.

CONTUSIONI

Le contusioni del bacino non presentano niente di speciale per la regione. Esse possono essere limitate alle parti molli che avviluppano la cintura ossea pelvica; accompagnano quasi costantemente in grado più o meno accentuato le diverse varietà di fratture del bacino, e non sono in questo caso che un fatto accessorio, in generale di poca importanza, a meno che il versamento sanguigno non sia troppo abbondante.

Le contusioni limitate alle parti molli succedono ai colpi direttamente inferti al bacino, alle cadute da un luogo elevato, al passaggio d'una ruota di vettura, ecc. Le lesioni consistono in versamenti sanguigni più o meno abbondanti, *superficiali* nel tessuto cellulare sottocutaneo, o *profondi* al disotto dell'aponeurosi glutea; i versamenti profondi possono infiltrare il muscolo grande gluteo o formarsi al disotto di esso.

L'ecchimosi delle contusioni superficiali appare rapidamente e nella sede stessa del focolaio traumatico; quella degli spandimenti profondi non si mostra che dopo un certo tempo, e rivela ad una certa distanza del punto contuso l'infiltrazione progressiva del sangue nelle regioni vicine.

A lato dei versamenti sanguigni occorre segnalare gli spandimenti traumatici di sierosità, facilmente prodotti dalla scorrevolezza dei tegumenti sopra il piano aponeurotico resistente, che discende dalla cresta iliaca sopra la natica e la coscia.

Tali spandimenti sierosi o sanguigni non presentano in questa regione nulla di speciale nei loro sintomi nè nelle loro evoluzioni.

Il solo carattere clinico, sul quale sia necessario attirare l'attenzione, è la ritenzione d'orina riflessa che può succedere a tutti i traumatismi del bacino o

dell'anca; occorre dunque sempre pensare a questa complicazione in presenza d'una contusione del bacino, per quanto leggera essa sia. La ritenzione del resto il più sovente è passeggera, e cede dopo qualche cateterismo.

La diagnosi degli spandimenti superficiali di sangue o di sierosità non presenta alcuna difficoltà. Allorquando la contusione è profonda, è sovente difficile sapere se essa è limitata alle parti molli o se non vi ha contemporaneamente una frattura limitata: soventi in alcuni casi, la diagnosi non può essere stabilita che dopo un certo tempo, allorquando il versamento sanguigno comincia a riassorbirsi ed un dolore limitato e persistente, caratteristico di una frattura, succede al dolore più diffuso e passeggiero della contusione.

Il tumore duro formato dai vecchi ematomi profondi è soventi di una diagnosi assai difficile; può essere confuso con un sarcoma, un fibroma, ecc.; la conoscenza d'un trauma anteriore ha un grande valore semeiologico [coll'avvertenza tuttavia che non di rado gl'individui affetti da sarcoma ricordano volentieri fra i dati eziologici qualche trauma precedente (D. G.)].

La prognosi è in generale benigna. Bisogna sapere però che un riposo assai lungo può essere necessario; rimane sovente un dolore od un incomodo nel camminare ed anche nella stazione eretta, che possono durare un certo tempo.

L'esito ordinario è la risoluzione. Di rado questi versamenti possono suppurare, sia in seguito a punture settiche, sia spontaneamente, il che è eccezionale. L'apertura antisettica del focolaio assicura la guarigione.

II.

FERITE

La penetrazione d'un corpo vulnerante nell'interno della cintura ossea del bacino imprime alle lesioni un carattere di gravità particolare, espone alla lesione dei visceri pelvici e crea per conseguenza delle condizioni speciali sufficienti a legittimare la divisione delle ferite del bacino in *penetranti* ed in *non penetranti*.

A. — FERITE NON PENETRANTI

Queste ferite possono interessare solo le parti molli od arrivare sino alle ossa; nel primo caso, la lesione di arterie voluminose come la glutea o l'ischiatica, di grossi nervi, come lo sciatico, sono i soli fatti che meritano di essere ricordati in modo speciale; le altre complicazioni sono comuni alle ferite delle altre regioni, e tendono pressochè tutte all'infezione del focolaio traumatico; conviene però segnalare le ferite della natica con larga perdita di sostanza che portano ad una cicatrice più o meno deforme o viziosa che incomoda i movimenti dell'anca.

Egli è sopra tutto nelle ferite da armi da fuoco che le ossa sono interessate. Il proiettile può rompere l'osso più o meno obliquamente ed arrestarsi alla sua superficie, oppure mutar direzione e continuare il suo tragitto per perdersi nelle parti molli od uscire più o meno lontano; negli altri casi penetra nello spessore

dell'osso e vi resta incastrato. Le fratture prodotte da questi proiettili sono in generale raggiate; si accompagnano con fessure più o meno estese che talvolta staccano intieramente tutto un frammento voluminoso, la cresta iliaca, il coccige, l'ischio, ecc. (Duplay).

L'infezione del focolaio di frattura, prodotta dal proiettile stesso, o dai corpi estranei che esso ha trascinato, pezzi di stoffa, ecc., provoca frequentemente tutti i fenomeni delle fratture complicate infette, osteomielite, necrosi dei frammenti, suppurazione più o meno estesa delle parti molli attorno al focolaio di frattura, ecc.

B. — FERITE PENETRANTI

Esse sono *semplici* o *complicate* secondo che l'istrumento vulnerante ha rispettati od interessati gli organi contenuti nella cavità pelvica (Duplay).

Certi strumenti aguzzi, una baionetta, un pezzo di ferro, possono penetrare nella cavità pelvica, attraversando il perineo, passando per il foro otturatore o per l'incisura sciatica. Ma, il più sovente, le ferite penetranti sono prodotte dai proiettili di guerra che arrivano alla cavità pelvica dopo aver attraversato l'osso iliaco o l'osso sacro, o passando anche per l'incisura sciatica.

Noi dobbiamo qui occuparci soltanto delle ferite semplici. Le ferite complicate da lesione degli organi pelvici devono i loro caratteri particolari sia alla lesione del peritoneo, sia alla lesione della vescica o del retto, e sono descritte nei capitoli consacrati alle affezioni di questi organi. I proiettili fanno talvolta un lungo cammino nel bacino senza ferire nè il peritoneo, nè i visceri pelvici. Duplay (1) riferisce un'osservazione curiosa desunta dalla *Storia chirurgica della guerra d'America:* una palla, entrata dal foro otturatore, era uscita per l'incisura sciatica rompendo solamente la spina sciatica e tagliando l'arteria emorroidale inferiore; la morte fu consecutiva ad emorragie secondarie.

D'ordinario i guasti sono più estesi; fratture molteplici, scheggiate, spandimenti di sangue più o meno voluminosi, lo sfacelo del tessuto cellulare endopelvico, offrono un terreno ben preparato all'infezione. I corpi estranei, proiettili, frammenti d'obice, pezzi di vestito, più o meno profondamente penetrati nella cavità del bacino, possono mantenere una suppurazione prolungata. Se essi non vengono estratti, si eliminano qualche volta spontaneamente per il tragitto suppurante; più raramente s'incistidano nel tessuto cellulare. Possono infine penetrare in uno dei visceri pelvici dopo averne lentamente ulcerate le pareti.

Complicazioni. — 1º *Lesione delle arterie* (2). — Le emorragie dovute alle ferite delle grosse arterie del bacino sono spesso primitive. Però nelle ferite pro-

---

(1) Follin et Duplay, *Pathologie externe*, t. VI, pag. 341.

(2) Bouisson, *Mémoire sur les lésions des artères fessières et ischiatiques et sur les opérations qui leur conviennent* (*Gazette méd.*, 1845, e *Tribut à la Chirurgie*, 1858, t. I, pag. 317). — Champenois, *Urgence et sécurité pour la ligature de l'artère fessière dans les cas d'hémorragies traumatiques de ce vaisseau* (*Recueil de Mém. de Méd. et de Chir. milit.*, serie 3ª, t. XXVI, 1871, pag. 24). — Fischer, *Ferite ed aneurismi della glutea e della sciatica* (*Arch. für klin. Chir.*, 1869, XI). — Farabeuf, art. Fessière (*Dict. encycl. des Sciences méd.*, serie 4ª, t. I, pag. 763).

dotte dalle armi da fuoco, lo scolo sanguigno può mancare al principio od essere poco abbondante, ed un'emorragia secondaria più o meno grave si mostra dopo alcuni giorni, quando si distaccano le escare del focolaio il più delle volte infetto.

Le ferite delle arterie iliache esterne od interne portano d'ordinario a morte in pochi minuti; se tuttavia la ferita è stretta, il sangue s'infiltra nel tessuto cellulare, forma un aneurisma diffuso, ed un intervento rapido può salvare il ferito. La legatura dell'arteria al disopra e al disotto della ferita, che s'impone in simili casi, può essere d'una esecuzione difficilissima in seguito a questa infiltrazione sanguigna. La compressione dell'aorta addominale sarà di grande aiuto, non solamente come principale mezzo d'emostasi al momento stesso del trauma, ma ancora durante tutto il tempo che esigono la ricerca e la legatura dei due capi dell'arteria ferita.

Le ferite della parte posteriore del bacino, le ferite della natica sono sempre accompagnate da uno scolo sanguigno abbastanza considerevole dovuto all'abbondanza e al volume dei vasi che si distribuiscono ai muscoli della regione. La *ferita* del tronco stesso dell'*arteria glutea*, dell'*ischiatica*, della *pudenda interna* o della *circonflessa posteriore*, dà luogo ad emorragie della massima gravità.

Se in una ferita da strumento da taglio, largamente aperta, è relativamente facile, divaricando i due labbri e togliendo i coaguli di sangue, riconoscere esattamente la sede dell'emorragia, non è la stessa cosa in seguito alla penetrazione d'un corpo acuminato, in seguito ad un colpo d'arma da fuoco. La sede della ferita superficiale, la direzione del tragitto potranno allora indicare la situazione probabile dell'arteria ferita.

Se la ferita è molto piccola, lo scolo di sangue all'esterno è poco abbondante, ma vediamo svilupparsi un versamento sanguigno profondo che offre ordinariamente tutti i sintomi dell'aneurisma diffuso traumatico.

Le arterie profonde possono anche essere lacerate da un frammento osseo nelle fratture del bacino. Si comprende facilmente la ferita della glutea in una frattura che arrivi alla sommità della grande incisura sciatica, la ferita dell'ischiatica o della pudenda interna in una frattura della spina sciatica o dell'ischio.

Io rannodo queste lesioni colle ferite propriamente dette, risultanti dalla penetrazione d'un corpo vulnerante, perchè esse hanno gli stessi sintomi clinici e traggono le stesse indicazioni terapeutiche.

La diagnosi di questi aneurismi diffusi profondi racchiusi in tutto lo spessore della natica è qualche volta molto difficile; i segni ordinari possono mancare, ed, in mancanza del soffio e della pulsazione, si può essere indotti a credere alla formazione d'un ascesso, alla suppurazione d'un semplice ematoma, allorquando esiste realmente una ferita od una rottura d'un'arteria voluminosa. Era così in un caso di lacerazione dell'ischiatica per frattura della spina sciatica, curato con successo da Tillaux (1).

---

(1) Cito qui per intiero questa notevole osservazione, perchè essa dimostra bene l'andamento insidioso delle lesioni e la condotta da tenersi in simili casi.

« Un giovane di vent'anni cadde da un quarto piano e fu condotto a Beaujon l'8 agosto 1878. Io non constatai che l'esistenza d'una frattura della coscia sinistra alla parte media con una ferita corrispondente alla frattura, ma senza comunicazione col focolaio. Fu applicato un ben-

La **cura** delle ferite arteriose della natica consiste essenzialmente nella legatura del vaso ferito. La molteplicità ed il volume delle anastomosi rendono sovente necessaria la legatura dei due capi nelle ferite dell'ischiatica, della circonflessa posteriore o della pudenda interna.

Nel caso di ferita larga, beante, l'emorragia è abbondantissima, talvolta fulminante, e se la compressione diretta non è fatta immediatamente, il ferito soccombe in pochi istanti, a meno che una sincope non assicuri per un momento l'emostasi.

Allora bisogna, il più rapidamente possibile, praticare la legatura allargando al bisogno la ferita per cercare più facilmente la sorgente dell'emorragia. La profondità dell'arteria può rendere impossibile ogni legatura; si deve allora lasciare in sito la pinza a forcipressione che ha arrestata l'emorragia [e se fu impossibile afferrare il vaso leso, tamponare la ferita (D. G.)].

Se il vaso è tagliato nell'interno stesso del bacino ed è impossibile arrivarvi colle pinze, è necessaria la legatura dell'arteria ipogastrica.

Quando la ferita è stretta e l'emorragia abbondante, bisogna ancora agire nello stesso modo e sbrigliare largamente per andare alla ricerca dell' arteria ferita. La compressione, infatti, non dà, in tal caso, che una sicurezza illusoria; se essa giunge ad arrestare l'emorragia esterna, ciò avviene a costo della formazione d'un enorme aneurisma diffuso.

Se non vi ha emorragia esterna e si constatano gl'indizi d'un aneurisma diffuso, l'indicazione è ancora la stessa: larga apertura del focolaio e legatura del vaso ferito (V. *Aneurismi della glutea*).

Finalmente l'emorragia esterna può essere stata molto abbondante ed essersi arrestata spontaneamente, per sincope, per esempio; di più, può non esistere

---

daggio, e durante 15 giorni il malato non provò che poche sofferenze. A partire da questo momento esso accusò un dolore vivo presso la natica sinistra. Il dolore aumentò rapidamente e prese una intensità estrema, al punto da togliere ogni riposo al malato. Nello stesso tempo apparve un rigonfiamento alla regione trocanterica. La tumefazione s'accrebbe a poco a poco e constatai ben tosto un vasto tumore occupante tutta la natica sinistra e che dava la sensazione di una fluttuazione profonda. La pelle presentava una tinta rossa molto pronunciata. Nessun sintoma poteva far pensare ad un aneurisma diffuso ed io non ci pensai nemmeno. Credendo che fosse un vasto ascesso sotto-gluteo causato dalla ferita della coscia, addormentai il malato il 22 settembre e praticai a strato a strato un'incisione verticale dietro e sopra il grande trocantere. M'accorsi soltanto allora del mio errore imbattendomi in una sacca ripiena di coaguli di sangue molli e nerastri. Dal punto medio dell' incisione verticale ne feci tosto partire una seconda che diressi orizzontalmente sino all'osso sacro interessando lo spessore e la larghezza totale del muscolo grande gluteo. Questa vasta regione era scollata e riempita di coaguli di sangue. Levai questi rapidamente colla mano e pervenni sull'incisura sciatica dopo avere sgombrata la sacca. Un getto di sangue rutilante sfuggì dall'ischiatica a livello del bordo inferiore della incisura, al disotto del muscolo piramidale. Afferrai l'arteria con una pinza, ma essa era sì profonda che per tre volte sbagliai nel tentativo di mettervi un filo. Essa era d'altra parte troppo poco isolata perchè io osassi di arrischiarne la torsione; mi decisi dunque alla forcipressura e lasciai in sito una pinza emostatica. Esisteva una frattura della spina sciatica e l'arteria era stata lacerata da una scheggia di cui sentii la punta col dito. Riempii la sacca di batufoli di garza imbevuta di una forte soluzione fenica e riunii l'incisione orizzontale con punti di sutura, dopo aver messo un grosso tubo di drenaggio uscente dalle sue due estremità. La pinza fu ritirata dopo quarantotto ore. La guarigione si è effettuata lentamente, ma ora è completa » (TILLAUX, *Traité d'anatomie*, 6ª edizione, 1890, pag. 969).

nessun sintoma d'aneurisma diffuso. Allora si può temporeggiare, dopo avere accuratamente resa antisettica la ferita esterna ed applicata una medicazione antisettica con una compressione regolare. Ma bisogna sorvegliare rigorosamente e costantemente il ferito ed il ritorno d'una sola emorragia o l'aumento della temperatura esige un intervento immediato; infatti l'infezione del focolaio conduce fatalmente ad emorragie secondarie ed alla setticemia.

L'antisepsi e i mezzi d'emostasi che noi possediamo al giorno d'oggi pare debbano attenuare il triste pronostico attribuito dagli autori classici alle ferite delle arterie profonde della natica.

2º *Ferite dei nervi.* — I diversi rami del plesso lombare, quelli del plesso sacrale, possono essere lesi nelle ferite del bacino. Queste lesioni causano disturbi della sensibilità e della motilità che non presentano qui niente di speciale. Se un grosso nervo fu diviso nel suo tragitto extra-pelvico, in un punto per conseguenza accessibile, si dovrebbe praticare la sutura dei due capi.

3º *Corpi estranei.* — I corpi estranei situati sia nelle parti molli peripelviche, sia nello spessore stesso delle porzioni spugnose delle ossa, sia nella cavità del bacino, provocano ordinariamente dei fenomeni che richiedono un intervento. La ricerca e l'estrazione di questi corpi estranei possono presentare delle grandi difficoltà, anche quando essi occupano le parti molli esterne (Duplay). Quando sono conficcati nelle ossa, si può giungere ad estrarli colla trapanazione. Sovente è impossibile riconoscerne l'esistenza, allorchè sono penetrati nel bacino; essi causano delle suppurazioni prolungate, perenni, che possono necessitare dei larghi e multipli sbrigliamenti e la trapanazione del bacino; malgrado tutto, è sovente difficilissimo disinfettare completamente questi profondi focolai intrapelvici.

Le complicazioni di sepsi costituiscono ancora, assieme alle emorragie, il principale pericolo. Nella statistica chirurgica della guerra d'America, la gravità delle ferite del bacino viene attribuita a queste complicazioni (infiltrazione di pus, osteite con gangrena delle parti molli, setticemia, ecc.), come pure alle lesioni meno frequenti della vescica e del retto.

Nello stesso lavoro, il paragone fatto tra le ferite dell'addome e le ferite del bacino, dimostra che per le prime la mortalità è del 75 %, nelle seconde del 25 %. Sopra 800 ferite d'arma da fuoco delle ossa iliache, complicate o non, più di 600 sono guarite.

III.

FRATTURE DEL BACINO

Le fratture del bacino sono d'ordinario prodotte da un trauma violentissimo, caduta da un luogo elevato, schiacciamento per mezzo d'un corpo pesante, passaggio d'una ruota di vettura, ecc. Esse si complicano sovente con lesioni gravi dei visceri contenuti nella cavità pelvica.

Queste fratture non sono frequenti; Malgaigne non ne ha rilevati che dieci casi all'Hôtel-Dieu nello spazio di undici anni.

Il meccanismo e le forme anatomiche sono molto variabili, sovente assai complesse. Malgaigne, per facilitare lo studio, ha stabilita la divisione, adottata dopo lui da tutti gli autori, in *fratture isolate,* proprie a ciascuno dei pezzi che costituiscono il bacino, e *fratture multiple,* che comprendono il bacino tutto intiero. Noi studieremo qui da principio le fratture isolate dell'*osso sacro*, del *coccige*, dell'*ileo*, dell'*ischio*, poi le fratture del *pube* e le *fratture multiple del bacino.*

Du Verney, Traité des maladies des os. Parigi 1761, t. I, pag. 279. — Maret, Observations sur les fractures des os du bassin; *Mém. de l'Acad. de Dijon*, 1774, t. II, pag. 85. — A. Cooper, Œuvres chirurgicales; traduttori Chassaignac e Richelot, 1835, pag. 105. — Malgaigne, Traité des fractures et des luxations, 1847, t. I, pag. 634. — Voillemier, *Clinique chirurgicale*, 1862, pag. 80. — Rose, Diagnosi delle fratture del bacino; *Ann. des Charité Krankenh.*, 1865, t. XIII, f. 2, pag. 20. — Streubel, Prognosi delle fratture del bacino; *Schmidt's Jahrb.*, 1865, t. CXXVIII, pag. 315. — Courty, art. Bassin nel *Dict. encycl. des Sciences méd.*, serie 1ª, t. VIII, pag. 528, 1868. — Follin et Duplay, *Pathol. externe,* t. II, pag. 883, 1874. — Gosselin, *Clinique chirurgicale,* 1879, t. I, pag. 462. — Hermann Lossen, Ferite dell'arto inferiore; *Deutsche Chirurgie*, 1880, fasc. 65, pag. 1. — Schwartz, art. Pubis nel *Dict. de Méd. et de Chirurgie prat.*, t. XXX, pag. 72, 1881. — Féré, Fracture du bassin; *Bulletin de la Soc. anat.*, 1876, pag. 123. — Fractures expérimentales par chute sur le siège; *Id.*, 1877, pag. 430. — Étude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin; *Progrès médical,* 1880, pag. 363. — Hamilton, Traité des fractures et des luxations, tradotto da Poinsot, 1884, pag. 421. — Hoffa, Trattato delle fratture e delle lussazioni. Würzburg 1891, pag. 419.

I. — FRATTURE ISOLATE DELLE OSSA DEL BACINO

I. — FRATTURA DELL'OSSO SACRO

Le fratture isolate dell'osso sacro sono rarissime (Malgaigne non ne ha incontrata che una sola sui 2358 feriti della statistica dell'Hôtel-Dieu).

Esse susseguono pressochè sempre ad una caduta sul sedere o ad un colpo dato direttamente sull'osso sacro. Nella caduta « a volte l'osso batte in pieno contro il suolo o il corpo resistente, a volte è colpito di fianco solamente; e di qui le differenze abbastanza rilevanti nei sintomi » (Malgaigne).

La direzione della frattura è trasversale; essa sta al di sotto della sinfisi sacro-iliaca e passa ad un'altezza variabile, in corrispondenza del secondo, del terzo, del quarto foro sacrale od anche molto vicino al coccige; l'altezza della frattura dipende dall'inclinazione del bacino al momento della caduta e dal punto sul quale è arrivato l'urto.

Nelle fratture per colpo laterale, di cui Malgaigne riferisce due esempi, la linea di frattura può essere obliqua e complicarsi con due fratture trasversali incomplete. Il frammento staccato da questa frattura obliqua è allora inclinato di fianco.

Lo spostamento costante, ma più o meno accentuato, consiste in un movimento di leva del frammento inferiore, la cui sommità, l'estremità coccigea, è portata in avanti, mentre la base resta a contatto col frammento superiore; lo spostamento può essere tale che in certi casi i due frammenti stanno ad angolo retto (Sandifort).

Una contusione abbastanza violenta della regione sacrale, un dolore ordinariamente intenso, esacerbato dalla pressione, dai movimenti, dalla posizione eretta, dai colpi di tosse, dagli sforzi di defecazione, ecc., tali sono i primi, e qualche volta i soli *sintomi* della frattura. Allorchè lo spostamento è poco accentuato, infatti, può essere difficile da riconoscere per mezzo dell'esplorazione rettale, che non rivelerebbe allora che un dolore vivo alla pressione sulla linea di frattura; d'ordinario è facile constatare lo spostamento che è apprezzabile all'esterno per l'angolo sporgente dei due frammenti e sopra tutto coll'esplorazione rettale. Il dito introdotto nel retto può facilmente ricondurre il coccige indietro, ridurre la frattura, con una crepitazione più o meno distinta, ma il più sovente la riduzione non si mantiene; il frammento inferiore scivola nuovamente in avanti.

Il coccige può essere spostato al punto da ostruire l'ano; in un caso di Bermond, citato da Malgaigne, l'introduzione del dito non fu possibile che dopo aver insinuato nel retto un catetere da donna.

La *diagnosi* è d'ordinario facile; « ma la rarità eccessiva di questa frattura diventa una causa precipua d'errore, richiamando altrove l'attenzione del chirurgo » (Malgaigne), donde la necessità di giammai tralasciare l'esplorazione rettale in tutti i casi di trauma del bacino.

La *cura* consiste nel ridurre il frammento, il che è facile, e nel mantenerlo ridotto, il che è sovente molto difficile. Se lo spostamento è poco accentuato, si può abbandonare il frammento a sè stesso, poichè la debole proiezione in avanti del coccige non incomoda la defecazione. Se al contrario, la prominenza del coccige è abbastanza forte da diventare imbarazzante, si dovrà assicurare la riduzione per mezzo del tamponamento del retto o meglio per mezzo dell'introduzione di una cannula rivestita d'una camicia per fare il tamponamento come ha immaginato Bermond, che ha ottenuto con questo processo uno splendido risultato. La applicazione della cannula permette l'emissione dei gas che sarebbe impedita dal tamponamento semplice o dall'introduzione di un cilindro non perforato.

Nelle fratture multiple del bacino, risultanti da violenti traumatismi, il sacro può essere diviso da molte linee di frattura più o meno regolari, che non presentano alcun interesse clinico.

Nelle fratture verticali del bacino esiste abbastanza sovente, sia una frattura verticale del sacro, sia uno schiacciamento dell'ala di quest'osso. Ma la descrizione di queste lesioni non potrebbe essere separata dallo studio delle fratture verticali del bacino.

II. — FRATTURE DEL COCCIGE

Del tutto eccezionali, queste fratture, che possono susseguire ad una caduta sulle natiche, ad un calcio (Cloquet), si rivelano coi medesimi sintomi delle fratture del sacro. Non si incontrano che negli individui vecchi dopo l'ossificazione delle articolazioni sacro-coccigea e coccigee.

Esse possono essere il punto di partenza di fenomeni dolorosi persistenti, di una vera coccigodinia; Hamilton ne riferisce un caso dovuto a Mursick (1).

---

(1) G. A. Mursick, *Am. Journ. of med. Sciences*, gennaio 1876, pag. 122.

III. — FRATTURE DELL'ALA ILIACA

Frattura della cresta iliaca (Malgaigne). *Fratture trasversali dell'osso iliaco* (Du Verney).

Esse sono le più frequenti fra le fratture delle ossa del bacino. Malgaigne e Hamilton ne riferiscono un numero considerevole. Sopra otto fratture del bacino trovate su soggetti della scuola pratica della Facoltà, sette erano fratture dell'ala iliaca (1).

Queste fratture possono presentarsi sotto due forme anatomiche: 1° un urto violento, ben limitato nel suo punto d'applicazione, può staccare un frammento generalmente assai poco esteso della *cresta iliaca*. La frattura occupa tanto la parte mediana della cresta iliaca quanto la spina anteriore e superiore; così Hamilton riferisce un caso di frattura isolata della spina iliaca posteriore e superiore. Nelle persone giovani si può osservare uno scollamento di tutta l'epifisi marginale.

2° Il più delle volte la frattura si estende sulla fossa iliaca e ne stacca un frammento più o meno largo; ciò non è dunque più, a vero dire, una frattura della cresta iliaca, bensì, come aveva detto Du Verney, una frattura dell'osso iliaco, o più semplicemente una *frattura dell'ala iliaca.*

Fig. 31. — Frattura della cresta iliaca, la quale va fino al tubercolo mediano (Osserv. personale).

Le fratture propriamente dette della cresta iliaca non devono fermare lungamente la nostra attenzione; i loro sintomi si confondono del resto con quelli delle fratture dell'ala iliaca; la sola differenza consiste nella larghezza e nella altezza del frammento.

Le fratture dell'ala iliaca presentano quasi sempre la stessa disposizione. La linea di frattura comincia all'incisura posta al disotto della spina iliaca anteriore e superiore. Di là si porta indietro per rialzarsi ad una certa distanza e finire alla cresta iliaca. Sovente essa guadagna la cresta a livello del tubercolo posto

(1) Io devo questi dati alla gentilezza del dottore Poirier, capo dei lavori anatomici della Facoltà. Essi furono oggetto di una comunicazione alla Società anatomica. — C. Walther, *Sur quelques variétés de fractures du bassin* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1891, pag. 537).

alla parte media di questa cresta, qualche volta un poco all'indietro. Così si trova limitato un frammento convesso in basso, comprendente una porzione più o meno larga della fossa iliaca (fig. 31).

In altri casi, la frattura si dirige direttamente in dietro per arrivare alla spina iliaca posteriore e superiore; la fossa iliaca è divisa in tutta la sua estensione, ma allora il frammento superiore è pur esso diviso in due frammenti secondari da una linea che va più o meno obliquamente a terminare al tubercolo mediano della cresta iliaca; così era in due preparati che ho potuto raccogliere; la fig. 32 rappresenta uno di questi preparati. Già Malgaigne aveva segnalato questa disposizione.

Infine, una frattura partita ancora da questo stesso tubercolo, può dirigersi all'indietro e dividere la parte posteriore dell'ala iliaca, come quella precedentemente descritta divide la sua parte anteriore.

Le *cause* di tutte queste fratture sono pressochè sempre degli urti violenti direttamente applicati sulla cresta iliaca, una caduta sul fianco, ecc. In un caso di Guérétin « un uomo era caduto da 12 piedi di altezza; egli restò in piedi, ma alla fine della caduta, la parte superiore della coscia e la cresta iliaca batterono violentemente contro un ostacolo, e ne risultò una frattura della metà anteriore della cresta iliaca » (Malgaigne).

Fig. 32. — Frattura orizzontale dell'ala iliaca che va fino alla spina iliaca posteriore e superiore (Osserv. personale).

Hamilton riferisce un'osservazione di frattura dell'ileo per contrazione muscolare in un vegliardo (1). Hoffa cita un caso di strappamento della spina iliaca anteriore ed inferiore per mezzo del legamento di Bertin, caso osservato da Linhart. Riedinger ammette la possibilità dello strappamento della cresta iliaca per mezzo della contrazione dei glutei.

I sintomi funzionali consistono in un dolore sovente vivissimo, in una grande difficoltà od anche nell'impossibilità di camminare, di stare in piedi. L'esplorazione del bacino fornisce in generale dei *sintomi fisici* caratteristici: dolore alla pressione,

(1) Ecco questa osservazione: « William Alexandre, di anni settanta, ritornava, il 5 settembre 1869, da una corsa in tramway di circa mezz'ora, quando, alzandosi per lasciare il suo posto, provò « qualche cosa di atroce » nell'inguine destro e si trovò nell'impossibilità di camminare senza un vivo dolore. Egli entrò al Bellevue-Hospital lo stesso giorno, ed io constatai una frattura che aveva distaccato dall'ileo un frammento misurante circa 7 centimetri $^1/_2$ e comprendeva la spina iliaca antero-superiore. Questo frammento aveva tendenza a rovesciarsi all'esterno ma lo si riduceva comodamente producendo una crepitazione distinta » (Hamilton, loco citato, pag. 430).

mobilità anormale, crepitazione, spostamento del frammento. Malgaigne pensa che lo spostamento può mancare quando la frattura si trova abbastanza lontana dalla cresta; però, sui sette preparati di fratture antiche consolidate di cui ho già parlato, ho sempre trovato uno spostamento abbastanza accentuato; la spina iliaca anteriore è abbassata, il frammento intiero ha subìto un movimento di leva in avanti, dimodochè la sua estremità posteriore fa un angolo sporgente colla parte posteriore intatta della cresta iliaca. Hamilton ha pure notato questo abbassamento della spina iliaca nel soggetto di cui egli riferisce l'osservazione. Il frammento fa sporgenza ora all'interno, ora all'esterno inclinandosi sovente nello stesso senso.

In certi casi eccezionali il frammento può essere allontanato dall'ileo, spostato in alto. In un ammalato osservato da Sanson, il frammento, misurante quattro dita trasverse di altezza e di larghezza, era risalito nello spessore della parete addominale pressochè sino alla base del torace, e non potè essere ridotto. Hamilton ha visto in una giovanetta la spina iliaca posteriore e superiore, fratturata per una caduta sul dorso, spostarsi di circa 1 centimetro e $^1/_2$ verso la colonna vertebrale.

La *diagnosi*, in generale facile, può essere resa oscura dalla tumefazione dovuta allo spandimento sanguigno o dallo stato di pinguedine del ferito. È allora difficile afferrare la cresta iliaca, per cercare la mobilità anormale e la crepitazione. La coscia deve essere un poco flessa per rilasciare i muscoli; infatti la mobilità e la crepitazione non si rivelano talvolta che nella flessione della coscia, come in un caso di Monteggia, citato da Malgaigne. Del resto Du Verney aveva già esposto molto bene le regole dell'esplorazione dell'osso iliaco, nelle linee seguenti: « Si può ancora collocare l'ammalato sul lato sano, fargli inclinare il torace ed il ventre in avanti e piegargli le coscie. Questa situazione fa sì che tutte le parti sono rilassate, il che porge facilità di fare un esame esatto delle parti e di assicurarsi della malattia, mentre, quando il malato è coricato sul dorso, tutti i muscoli sono tesi, compresi quelli del basso ventre ».

La *prognosi* di queste fratture è poco grave; esse non s'accompagnano ordinariamente con lesioni viscerali, e le sole complicazioni che possono sopravvenire si riferiscono all'infezione in caso di ferita concomitante. Dupuytren, secondo Sanson e Malgaigne, avrebbe qualche volta osservata una costipazione ostinata, dovuta alla contusione della *S* iliaca nelle fratture dell'ileo del lato sinistro.

La *cura* consiste nel riposo a letto in decubito dorsale. L'applicazione qualche volta tentata d'una fasciatura a corpo intorno al bacino, non potrebbe servire che a spostare il frammento verso l'interno.

IV. — FRATTURE DELL'ISCHIO

Le fratture dell'ischio sono prodotte da un colpo diretto molto violento, caduta da un luogo elevato, scoppio di mina, colpo di arma da fuoco; in un caso di Papavoine (1) citato dappertutto, l'ischio era stato infranto durante il parto in una donna, il cui distretto inferiore era ristretto per una frattura verticale del bacino che datava da due anni.

---

(1) PAPAVOINE, *Journal des progrès*, V. XII, pag. 234.

Queste fratture sono eccezionali; Malgaigne non ne ha potuto riunire che 6 casi, e descrive due varietà anatomiche: 1° Distacco della sola tuberosità sciatica; 2° Separazione dell'ischio intero, al davanti dalla branca discendente del pube, all'indietro dalla cavità cotiloide che resta intatta. Questa integrità della cavità cotiloide, di cui parla Malgaigne, deve essere ben incostante. Infatti le fratture prodotte esperimentalmente con un colpo sull'ischio distaccano quasi sempre la parte inferiore della cavità cotiloide secondo una linea orizzontale che va dall'incisura sciatica al foro ovale, nello stesso tempo che la branca ischio-pubica si divide verso la sua parte media. Ritornerò su questa varietà di frattura a proposito delle fratture della cavità cotiloide.

L'impossibilità di camminare od anche dello stare in piedi, il dolore, la mobilità trasversale dell'ischio ed in certi casi la crepitazione sono i *sintomi* che permettono di riconoscere le fratture dell'ischio; l'esplorazione rettale o vaginale, fornirà nei casi dubbii dei preziosi schiarimenti. Infatti lo spostamento è in generale poco accentuato; in un solo caso di Jobert il frammento era allontanato per un intervallo di più di due pollici. Per altra parte le esperienze insegnano che, anche dopo un traumatismo violentissimo, non esiste alcuno spostamento ed il più sovente nessuna mobilità del frammento, a maggior ragione nessuna crepitazione; in tal caso dunque soltanto l'esplorazione rettale e nello stesso tempo la constatazione d'una frattura della branca ischio-pubica potrebbero permettere di fare la diagnosi.

La *prognosi* non sembra grave; solo l'ammalata di Papavoine, citata più sopra, soccombette alle conseguenze del parto. Negli altri casi, quantunque si trattasse sovente di fratture complicate, la guarigione si fece regolarmente.

La *cura* deve limitarsi al riposo in letto quando non vi ha spostamento. In caso di spostamento del frammento, Malgaigne pensa che non bisogna applicare nessun apparecchio, ma mantenere il ferito nel decubito dorsale, col bacino un po' elevato, colle gambe leggermente flesse e con tutto il corpo in una completa immobilità.

V. — FRATTURE DEL BACINO PROPRIAMENTE DETTO

Tutte le varietà di fratture precedentemente descritte si riferivano a porzioni isolate delle ossa del bacino senza interessare il centro della cintura pelvica, l'anello che costituisce il distretto superiore. Invece le fratture del pube e le fratture verticali dividono questa cintura pelvica e meritano veramente il nome di fratture del bacino. Si usa descrivere separatamente le fratture del pube e le fratture verticali, doppie o multiple; ma il meccanismo di tutte queste fratture non potrebbe essere studiato isolatamente per ciascuna di esse. Le fratture del pube sono accompagnate il più delle volte da lesioni della parte posteriore del bacino; e parimenti le fratture verticali multiple rompono sempre le due branche pubiche. Mi è dunque parso più logico riunire in una sola descrizione le condizioni di resistenza del bacino, il meccanismo di tutte le fratture che interessano la cintura pelvica nella sua porzione centrale, essenziale, e nello stesso tempo i caratteri anatomici delle principali varietà di queste fratture.

Meccanismo. — « Il bacino, dice Tillaux (1), rappresenta un anello osseo completo la cui resistenza è lungi dall'essere uguale in tutti i punti. Il segmento anteriore, che è il più sottile, si compone della riunione dei due pubi, formati essi stessi da due branche poco resistenti, l'una orizzontale, l'altra verticale. Di più, queste branche circoscrivono fra loro un largo orifizio ovale, il foro sotto-pubico, che diminuisce ancora la solidità del bacino in questo punto. All'indietro l'anello è formato dal sacro. Ricordiamo che quest'ultimo osso, quantunque spessissimo, è composto in gran parte di tessuto spugnoso, che è attraversato da ciascun lato da quattro larghi fori destinati al passaggio dei nervi sacrali, e nel centro dal canale sacrale. Sui lati il bacino offre la maggior resistenza; l'osso iliaco presenta infatti verso la parte media del distretto superiore un considerevole spessore ».

Il pube, la parte posteriore della fossa iliaca, il sacro, sono dunque i punti deboli della cintura pelvica; infatti le lesioni si producono d'ordinario in essi, tanto se il trauma agisce direttamente quanto se agisce indirettamente.

Prima d'entrare nelle particolarità del meccanismo delle fratture, è ancora importante stabilire questo fatto, che il trauma, agendo su un punto qualsiasi, anche sul più debole, della cintura ossea, non potrebbe produrre una sola linea di frattura verticale, senza mettere in gioco la mobilità di una delle sinfisi che riuniscono i tre pezzi ossei. Se l'anello osseo fosse formato d'un solo pezzo, la frattura unica verticale sarebbe impossibile. Infatti, si incontrano pressochè sempre due linee di frattura, ovvero una frattura e la disgiunzione più o meno accentuata d'una sinfisi.

I. Di tutte le fratture del bacino, quella che è di gran lunga più frequente è la *frattura del pube;* questo punto più debole cede abbastanza facilmente ai colpi diretti; esso vien colpito per così dire costantemente nei traumatismi indiretti, su qualunque punto essi agiscano.

Gli urti, le forti pressioni prodotte sulla parte anteriore del bacino e che agiscono direttamente *dall'avanti all'indietro*, infrangono il pube.

La frattura si produce d'ordinario sulla branca orizzontale e soventissimo nello stesso tempo sulla verticale; essa può estendersi al corpo stesso del pube. È raramente unica, ridotta ad una semplice fessura verticale parallela alla sinfisi, come in un caso di Pollok (2); il più sovente le fratture sono pressochè simmetriche, situate sulle branche pubiche destre e sinistre, ed allora il pube può essere completamente separato dal resto dell'osso, oppure con una frattura unilaterale coincide una disgiunzione od una lussazione della sinfisi pubica (Regnault).

Succede frequentemente di vedere il pube infranto in parecchie parti. Un frammento completamente distaccato può essere respinto all'indietro nella cavità pelvica e ferire la vescica, l'uretra o la vagina. In un caso di Nivet, il frammento distaccato si era portato in avanti ed aveva lacerato i tegumenti della coscia allo infuori del grande labbro.

---

(1) Tillaux, *Mode de résistence du bassin* (*Traité d'anatomie topographique*, 6ª edizione, 1890, pag. 767).

(2) Pollok, *The Lancet*, 14 settembre 1865, pag. 372 (citato da Schwartz, loc. cit., pag. 77).

Ma sovente le lesioni non restano limitate al segmento anteriore del bacino; il colpo violento o la pressione prolungata (per esempio quella prodotta dal passaggio di una ruota di vettura) continuano ad agire dopo aver infranto il pube, appiattendo l'arco anteriore del bacino; essi tendono allora ad appiattire anche l'arco posteriore allontanando le parti laterali dell'osso iliaco, e poichè la zona media è la più resistente, come abbiamo visto, lo sforzo del trauma si manifesta alla parte posteriore. Si produce sia una disgiunzione della sinfisi sacro-iliaca, sia eccezionalmente una frattura del sacro. Il meccanismo di queste lesioni, venne stabilito bene da Voillemier (1): « Tosto che il pube è infranto, l'articolazione sacro-iliaca, meno sostenuta dai suoi legamenti in avanti che in dietro, tende ad aprirsi sotto l'azione d'una leva potente la quale misura tutta la distanza che vi ha tra il margine posteriore dell'osso iliaco e l'eminenza ileo-pettinea; ed una volta aperta l'articolazione, vi sarà diastasi piuttosto che frattura. Se una porzione d'osso è strappata nello stesso tempo, ciò sarà solamente all'indietro, nel punto ove il sacro è unito all'osso iliaco da una specie di legamento interosseo ».

Nondimeno Voillemier cita l'osservazione (2) d'un uomo che era stato schiacciato da una ruota di una vettura contro una muraglia, ed il cui bacino presentava, oltre ad alcune fratture simmetriche delle branche orizzontali e delle branche discendenti del pube, una frattura verticale dell'ala destra del sacro che andava sino al quarto foro sacrale; questa è una frattura analoga a quelle che saranno un po' più avanti studiate colle fratture verticali multiple del bacino. Bisogna in questo caso ammettere con Voillemier un vero strappamento dell'ala del sacro per mezzo dei legamenti che hanno resistito all'allontanamento dell'osso iliaco? Questo meccanismo è generalmente accettato, ma esso è in contraddizione così flagrante coi risultati ottenuti coll'esperimento (3), che è necessario invocare in tal caso l'intervento di altri fattori, direzione diversa dello sforzo del trauma, pressioni posteriori, ecc., tutte condizioni molto difficili da determinare e di cui è impossibile ritrovare l'indicazione nei ragguagli forniti dai feriti o dagli astanti.

V'è un'altra varietà di frattura diretta del pube, è la frattura prodotta da una caduta a cavalcioni o da un colpo violentemente applicato sulla parte inferiore dell'arcata pubica. Accanto a questa conviene mettere le fratture prodotte da una applicazione di forcipe (caso di Papavoine e di Hoffmann).

Le altre fratture delle branche pubiche che accompagnano in modo costante le fratture del bacino sono fratture indirette. Malgaigne, Regnault, Streubel, hanno citato dei casi di fratture indirette limitate al pube in seguito a caduta sugli ischi. Io ritornerò sul loro meccanismo studiando le fratture multiple.

---

(1) Voillemier, *Des fractures verticales du sacrum* (*Clinique chirurgicale*, pag. 99).

(2) Questa osservazione era stata comunicata a Voillemier da Foucher.

(3) Se si dividono con un tratto di sega le branche del pube di un lato e si cerca di allontanare l'osso iliaco dal sacro, si vede la sinfisi sacro-iliaca aprirsi senza che ci sia bisogno di impiegare una violenza molto grande; talvolta il legamento interrosseo strappa una lamina sottile dal sacro allorchè il divaricamento è molto considerevole; ma i legamenti non sono mai abbastanza potenti da strappare l'ala del sacro per intiero, da produrre la vera frattura verticale. Ciò è almeno quanto mi ha insegnato l'esperienza ripetuta sopra un grande numero di individui.

II. Tutte le fratture del bacino rientrano nella classe delle fratture verticali doppie o multiple. Queste fratture, descritte da Malgaigne sotto il nome di *doppie fratture verticali,* alle quali Voillemier ha aggiunto un'importante varietà, le *fratture verticali del sacro,* sono state riunite da Duplay sotto il titolo di *fratture multiple del bacino.*

Queste fratture possono prodursi in condizioni differenti, ed a ciascun modo d'azione del trauma corrisponde una disposizione particolare delle linee di frattura. Abbiamo visto l'effetto delle pressioni che agiscono dall'avanti all'indietro; restano da studiare le lesioni prodotte: A, *da un colpo posteriore o da una pressione dall'indietro all'avanti;* B, *da una pressione laterale;* C, *da una caduta sugli ischii.*

A. Gli effetti d'una pressione applicata sulla parte posteriore del bacino, sostenuto in avanti da un piano resistente (passaggio d'una ruota di vettura sopra un individuo coricato sul ventre), sono analoghi a quelli che produce il trauma che agisce dall'avanti all'indietro; si forma in prima linea la frattura del pube, poi la disgiunzione delle sinfisi sacro-iliache, ovvero la frattura del sacro e delle fratture parziali della parte posteriore dell'osso iliaco.

Un colpo violento dato sulla regione sacrale, mentre il bacino non è sostenuto al davanti, produce, come hanno dimostrato gli esperimenti di Féré e Perruchet (1), non solamente la proiezione del sacro in avanti, o fratture dirette del sacro e della parte posteriore dell'osso iliaco, ma il più delle volte anche una frattura delle due branche del pube, la quale passa per l'eminenza ileo-pettinea e pel foro sotto-pubico. Allorchè il colpo è poco intenso « può essere fratturata soltanto la branca orizzontale del pube; talvolta questa frattura è persino incompleta e rispetta la faccia interna dell'osso ».

B. Le violenze agenti secondo l'asse trasversale del bacino, urto sulla parte laterale del bacino, caduta sul fianco, pressione d'un corpo pesante, passaggio d'una ruota di una vettura sul bacino sostenuto dal lato opposto, ecc., producono quasi sempre gli stessi guasti.

Il colpo tende a diminuire il diametro trasversale del bacino, a schiacciare la curvatura della sua metà laterale, e l'osso cede dapprima nel punto meno resistente, vale a dire in corrispondenza del pube o delle sue branche. Se la violenza continua ad agire, il frammento iliaco viene fortemente respinto all'indentro, subisce un movimento di leva intorno ad un asse passante per la sinfisi sacro-iliaca (Tillaux) e si fa una nuova rottura alla parte posteriore del bacino, rottura che si manifesta o soltanto nei legamenti (diastasi sacro-iliaca), o nelle ossa (frattura del sacro o dell'osso iliaco), se i potenti legamenti posteriori ed interossei resistono.

In una Memoria interessantissima sul meccanismo delle fratture del bacino, Féré (2) ha riferito il risultato di esperienze abbastanza numerose ed abbastanza

---

(1) Féré et Perruchet, *Étude clinique et expérimentale sur une névralgie d'origine traumatique du nerf obturateur.* Contribuzione allo studio delle fratture indirette del bacino (*Revue de Chirurgie,* 1889, pag. 374).

(2) Féré, *Étude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin* (*Progrès médical,* 363, 385, 403, 421).

precise per istabilire le condizioni nelle quali si producono queste fratture e tutte le loro varietà anatomiche.

Le lesioni si verificano quasi sempre sul lato che ha sopportato il colpo; tuttavia tre volte su 36 casi le fratture sono state trovate dal lato opposto. Anche Schwartz ha verificato questo fatto nelle sue esperienze (1).

La frattura anteriore che si verifica ora sul corpo (sopra tutto nelle donne), ora sulle branche del pube, presenta un'obliquità costante dall'*infuori* all'*indentro* e dall'*avanti* all'*indietro*. La branca orizzontale del pube è quasi sempre divisa nella sua metà interna, donde la lesione frequente dei vasi e dei nervi otturatori.

Due volte solamente su queste 36 esperienze le lesioni si limitarono alla frattura del pube. In tutti gli altri casi, si ebbe sia disgiunzione della sinfisi sacro-iliaca (8 volte), sia più sovente frattura del sacro o dell'osso iliaco. La frattura dell'osso iliaco aveva sede sulla parte posteriore dell'osso, cominciando a 2 centimetri circa all'infuori della spina iliaca posteriore e discendendo verticalmente sino all'incisura sciatica. La frattura del sacro si verificava quasi sempre nel punto più debole dell'osso, nella linea dei fori sacrali.

Voillemier ha descritto sotto il nome di *frattura da schiacciamento dell'ala del sacro* uno stritolamento dell'osso prodotto collo stesso meccanismo, con penetrazione del frammento esterno nel tessuto spugnoso della parte anteriore del corpo dell'osso.

Gli urti, le pressioni che agiscono secondo il diametro trasversale del bacino, producono dunque per lo più una doppia frattura verticale, qualche volta una frattura del pube con disgiunzione posteriore della sinfisi sacro-iliaca, eccezionalmente una frattura isolata del pube.

C. Le cadute sulle natiche determinano anche una *doppia frattura verticale*, e la frattura posteriore risiede quasi costantemente sul sacro; questa varietà è stata sopra tutto studiata da Voillemier sotto il nome di *frattura verticale del sacro*.

Le lesioni sono variabili, secondo che la caduta ha luogo verticalmente sui due ischii, ovvero se avviene quasi esclusivamente sopra un solo ischio, come accade il più delle volte.

Nelle cadute sui due ischii, Féré ha ottenuto sperimentalmente due fratture verticali del sacro passanti per la linea dei fori sacrali. In un primo grado non vi ha spostamento del frammento mediano costituito dalla parte media del sacro; quando il trauma è stato più violento, questo frammento è abbassato, s'insinua come un cuneo tra le due parti laterali e può in certi casi essere fratturato trasversalmente per l'urto della sua estremità sul suolo; in questo secondo grado si osservano delle lesioni secondarie dell'arco anteriore del bacino, diastasi della sinfisi, o frattura delle branche del pube.

Queste fratture sembrano dunque risultare « dalla depressione, dalla penetrazione della parte mediana del sacro, che sopporta il peso del corpo, tra le due parti laterali che sono separate dalla prima per mezzo di due spazi largamente perforati e meno resistenti » (Féré).

---

(1) Schwartz, loc. cit., pag. 76.

Nelle cadute sopra un solo ischio, si osserva sempre una doppia frattura verticale, in avanti frattura pubica, all'indietro il più spesso frattura verticale del sacro, raramente frattura dell'ileo o lussazione sacro-iliaca. La frattura del pube presenta qui un carattere importante segnalato da Féré: la linea di frattura è obliquamente diretta *dall'indentro all'infuori e dall'avanti all'indietro,* raramente essa è perpendicolare, e non presenterebbe mai l'obliquità all'indietro ed all'indentro che si riscontra nelle fratture del bacino per pressione laterale. Il sacro è diviso secondo la linea dei fori sacrali. La linea di frattura parte dal margine superiore dell'ala, discende per i due o tre primi fori sacrali, poi raggiunge obliquamente il margine corrispondente dell'osso; raramente si estende sino al quarto foro sacrale.

Per ispiegare la produzione di queste fratture verticali del sacro, si ammette generalmente lo strappamento del sacro per mezzo dei legamenti, secondo il meccanismo invocato da Voillemier. L'urto dal basso in alto produce dapprima una frattura delle due branche del pube, di poi la violenza, continuando ad agire, respinge in alto il frammento iliaco, tende i legamenti sacro-iliaci; questi resistono e strappano la porzione adiacente del sacro. Féré ha combattuto questa teoria dello strappamento, e ammette ancora qui che la trasmissione del peso del corpo alla parte media del sacro infranga l'osso nel suo punto più debole allorchè l'ala si trova arrestata nella caduta dalla resistenza che le trasmette direttamente la superficie articolare dell'osso iliaco. La frattura del sacro sarebbe dunque primitiva, la frattura del pube secondaria.

Fig. 33. — Frattura doppia dell'osso iliaco sinistro, per caduta sull'ischio. — Il lato destro normale non fu disegnato. (Osserv. personale).

Quando la frattura posteriore si verifica sull'osso iliaco, essa è verticale e sta presso la sinfisi sacro-iliaca. Sopra un preparato di doppia frattura antica consolidata, io ho trovato una frattura posteriore obliqua, partente dal margine anteriore dell'osso iliaco al disopra della spina iliaca anteriore ed inferiore per andare direttamente a finire alla grande incisura sciatica; la disposizione dei frammenti permetterebbe d'affermare che la frattura era stata prodotta da un urto sull'ischio (fig. 33).

Le cadute sui piedi, sulle ginocchia, possono produrre la doppia frattura verticale del bacino? Il fatto è ammesso da molti autori in base all'osservazione citata da

Richerand (1). Ma il meccanismo invocato da Richerand è molto contestabile, come ha ben dimostrato Voillemier. Non esiste dunque in realtà alcun fatto nel quale sia stabilito che l'urto trasmesso dal femore abbia potuto produrre una siffatta lesione.

Anatomia patologica. — La descrizione del meccanismo delle fratture del bacino basta a dimostrare i principali tipi di queste fratture; io non devo qui entrare nelle particolarità di tutte le varietà più o meno complesse che derivano da questi tipi primitivi. Secondo l'intensità del trauma, si fanno delle spaccature, delle irradiazioni secondarie che possono assumere le disposizioni più irregolari. Io mi accontenterò di riassumere i principali caratteri delle fratture tipiche, gli spostamenti ordinarii dei frammenti, e di indicare i guasti che essi possono produrre negli organi vicini.

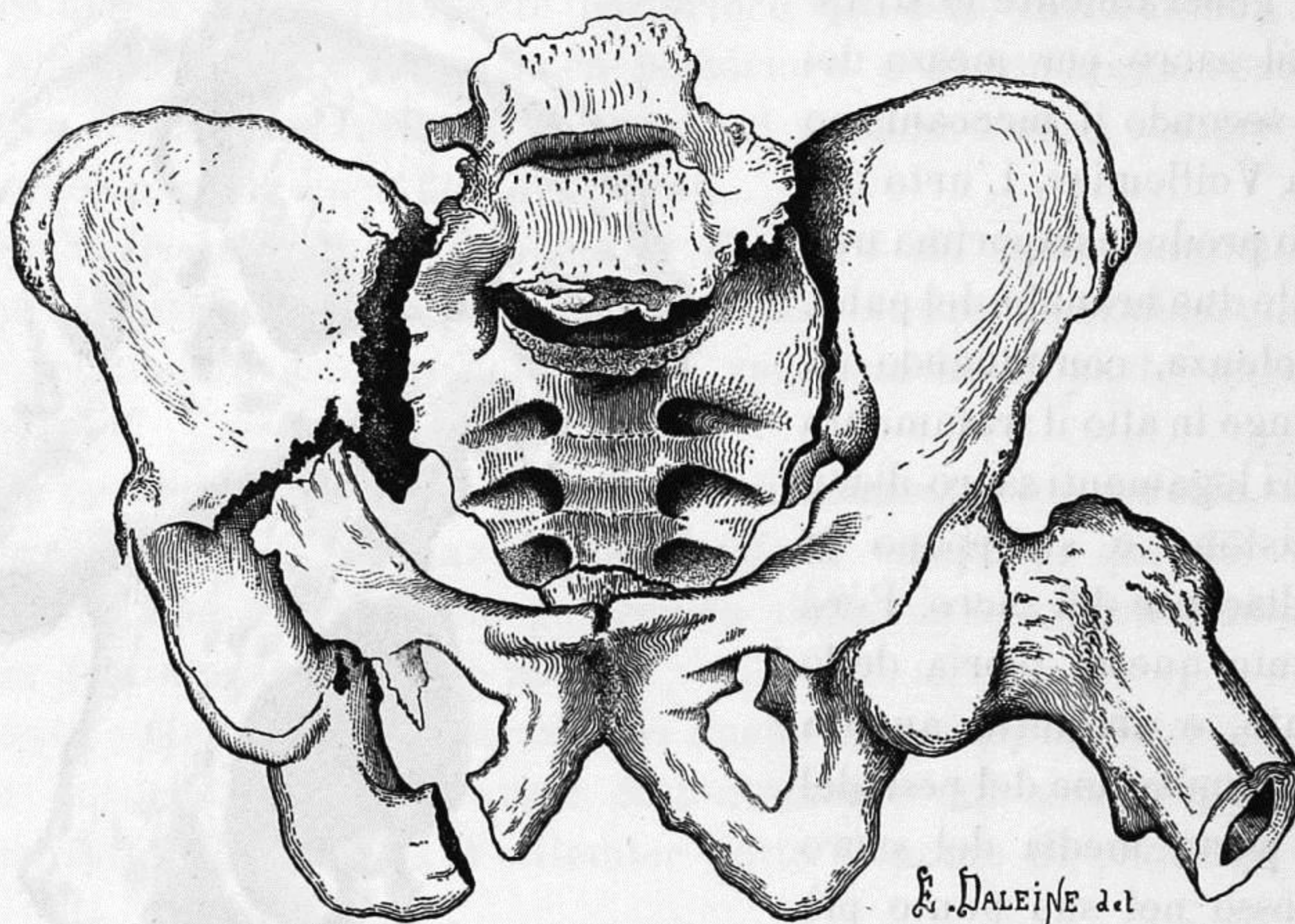



Fig. 34. — Doppia frattura verticale (Voillemier, Museo Dupuytren, 13 B).

Come ho già detto più sopra, ogni frattura verticale che divida il distretto superiore si accompagna sia con una seconda frattura verticale, sia con una disgiunzione di una o due sinfisi. Senza dubbio esiste qualche esempio di frattura unica verticale, che potè prodursi, grazie alla cedevolezza delle sinfisi sotto lo sforzo d'un trauma di una violenza moderata. Ma questi casi, interessanti dal punto di vista del meccanismo delle fratture, sono assai rari e non presentano importanza pratica.

Ciò che importa assai più di sapere è che, se vi sono quasi sempre due fessure verticali, ve ne possono essere di più, tre, quattro, anche cinque, secondo

(1) Richerand, *Vices du bassin* (*Monographie chirurgicale*, vol. IV). — Il ferito era caduto da un secondo piano sul piede sinistro, poi era stramazzato al suolo. All'autopsia Richerand trovò una frattura delle branche pubiche ed una frattura verticale del sacro. In un'analisi molto rigorosa Voillemier dimostra l'insufficienza delle particolarità e dei ragguagli, e pensa che la frattura si sia prodotta, come sempre, nel momento in cui l'individuo si è rovesciato a terra, cadendo probabilmente sulle natiche.

l'intensità del trauma, e questa semplice nozione basta a far comprendere, a schematizzare per così dire tutte le varietà.

Talora le due linee di frattura si trovano esclusivamente sull'arco anteriore del bacino, e si osserva allora sia una frattura simmetrica del corpo o delle branche dei due pubi, sia una frattura d'un solo pube con una disgiunzione più o meno accentuata della sinfisi.

Un'altra varietà più rara consiste nell'esistenza di due fratture verticali o leggermente oblique dividenti simmetricamente la cintura ossea nella sua parte mediana e passanti per la cavità cotiloide.

Più sovente le due linee occupano l'una il segmento anteriore del bacino, l'altra il segmento posteriore; è questo il tipo della *doppia frattura verticale* di Malgaigne (fig. 34).

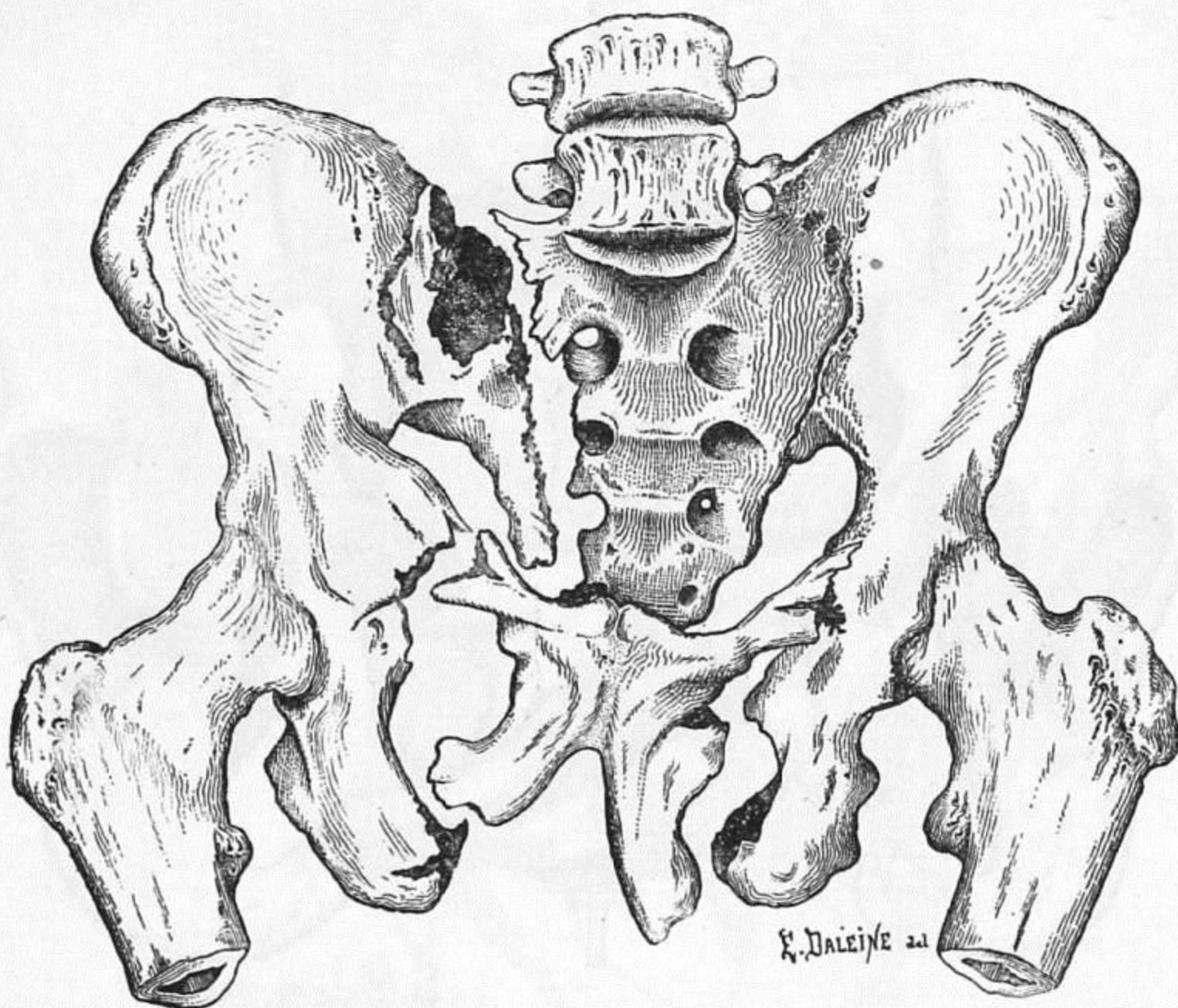



Fig. 35. — Frattura verticale del sacro con doppia frattura del pube (Voillemier, Museo Dupuytren, 13 D).

A due fratture pubiche può associarsi una frattura posteriore (fig. 35).

In certi casi, a due tratti anteriori simmetrici corrispondono due tratti posteriori anch'essi simmetrici; Panas ne ha riferito un notevole esempio (1). Le fessure posteriori sono costituite da fratture simmetriche delle ossa iliache, o del sacro, o dalla disgiunzione delle due sinfisi sacro-iliache.

La fig. 36 rappresenta le lesioni prodotte dal passaggio d'una ruota di vettura sul bacino d'una ragazzina di otto anni (2). La cintura ossea è divisa da sei fessure verticali, quattro risiedono nel segmento anteriore, due nel segmento posteriore; in avanti, infatti, due fratture verticali dividono le branche pubiche immediatamente all'indentro delle eminenze ileo-pettinee; due altre fratture

---

(1) Panas, *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1868, vol. IX, pag. 95.

(2) Questa preparazione appartiene al museo del professore Lannelongue all'ospedale Trousseau; io l'ho eseguita nel 1882. Tengo a ringraziare il mio eccellente maestro di avermi permesso di farne il disegno.

isolano completamente la sinfisi pubica che cade al davanti della vescica; all'indietro le due articolazioni sacro-iliache sono leggermente aperte (fig. 36).

Nelle fratture più complesse, delle linee d'irradiazione più o meno irregolari fanno scoppiare la fossa iliaca, la cavità cotiloide, ecc.

È importante conoscere lo *spostamento dei frammenti.* Nelle fratture doppie verticali, sopra tutto in quelle che risultano da una caduta sull'ischio, il frammento mediano che comprende l'ischio e la cavità cotiloide è portato in alto; esso può risalire al punto da raggiungere il margine superiore della seconda vertebra lombare (fig. 37). In un solo caso Larrey ha osservato un abbassamento del frammento di 4 centimetri.

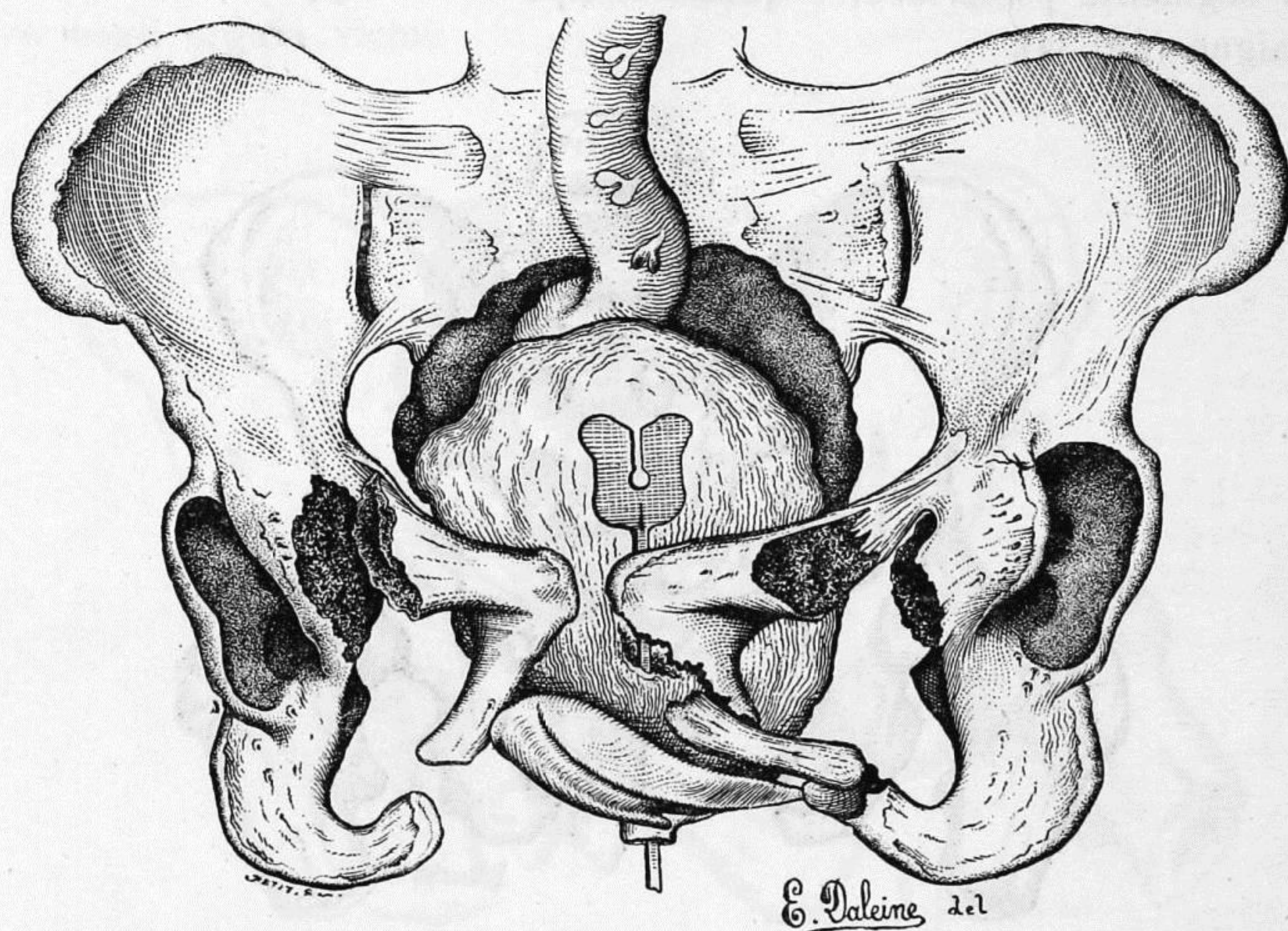



Fig. 36. — Quadruplice frattura verticale del pube con disgiungimento delle due sinfisi sacro-iliache. Lacerazione della vescica.

Sovente il frammento subisce un doppio movimento di *leva* che porta allo *indentro* le sua estremità anteriore, ed all'*infuori* la cresta iliaca (1). In altri casi, la cresta iliaca può essere portata all'*indentro,* nello stesso modo che l'estremità anteriore del frammento. Questa depressione dell'estremità anteriore del frammento nella cavità pelvica è qualche volta molto accentuata.

L'obliquità particolare della fessura anteriore (obliquità di fuori in dentro e dall'avanti all'indietro) nelle doppie fratture verticali per pressione laterale, rende più facile questo spostamento. Esso è più raro nelle fratture prodotte da caduta

(1) Questo spostamento era molto accentuato in un'ammalata, di cui Papavoine ha pubblicato l'osservazione (*Journal des progrès*, t. X, pag. 234). — Il movimento di leva attorno all'asse orizzontale aveva proiettato in fuori la cresta iliaca, all'indentro l'ischio. Ne risultò un restringimento del distretto inferiore, che non aveva più che 2 pollici e 8 linee. Questa donna partorì due anni dopo; il parto durò quattro giorni, e finì con un'applicazione di forcipe, e le trazioni furono così violente che infransero l'ischio; l'ammalata morì due giorni dopo.

sull'ischio. Però questa non è una regola assoluta, perchè sul preparato rappresentato nella fig. 38, la frattura risultava ben nettamente da una caduta sull'ischio e la faccia posteriore del frammento faceva all'indietro della sinfisi intatta una sporgenza di 3 centimetri e mezzo.

Nelle fratture dirette del pube per urto, per pressione sulla faccia anteriore del bacino, i frammenti sono direttamente respinti all'indietro verso la cavità pelvica. Ma lo spostamento è sovente poco accentuato, grazie alla conservazione di una parte del periostio, dei legamenti o dei muscoli che s'inseriscono al pube.

E. Daleine del.

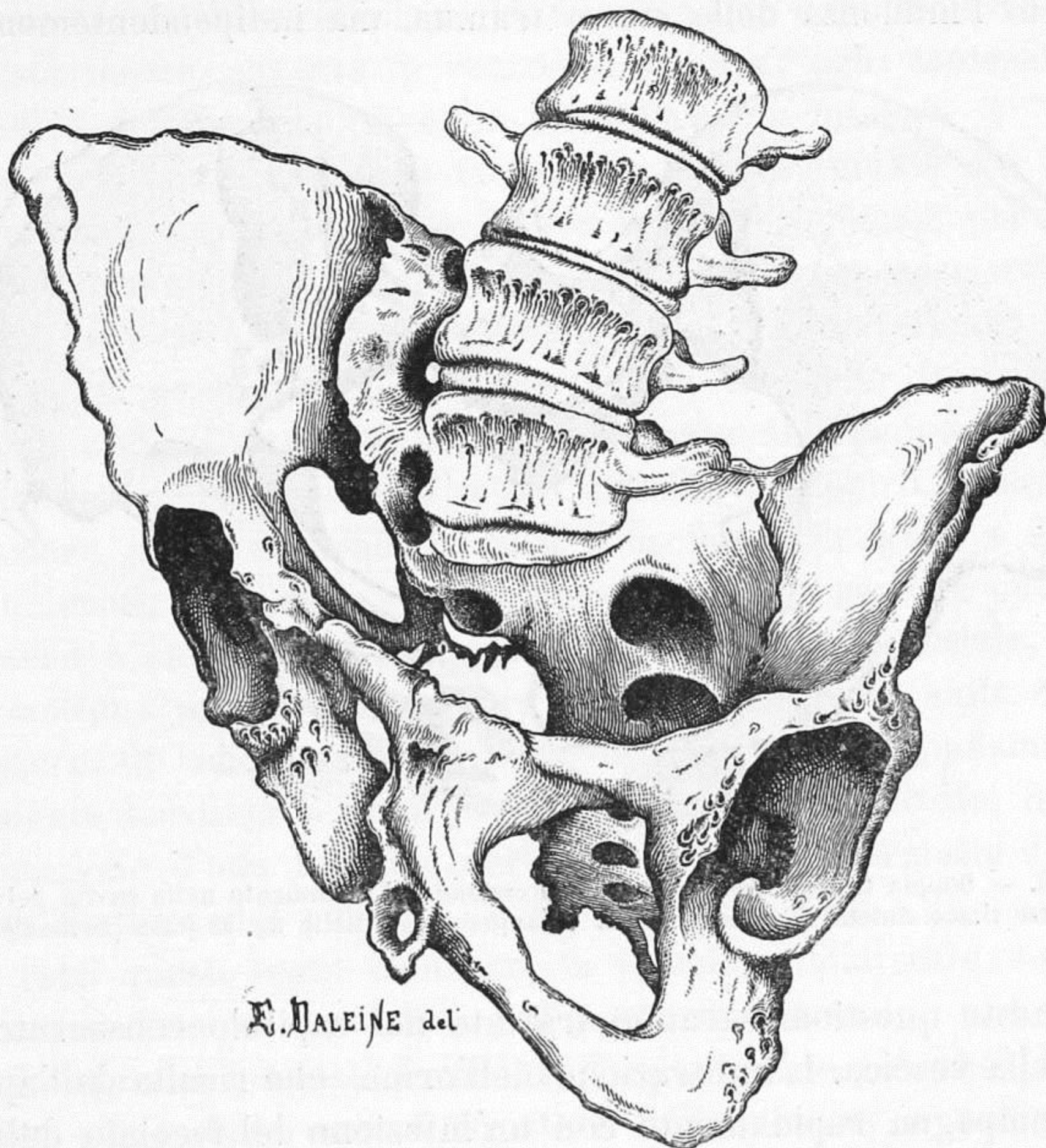



Fig. 37. — Ascesa del frammento in una doppia frattura verticale (Voillemier, Museo Dupuytren, 13 F).

I frammenti pubici approfondati nel bacino possono ferire la vescica, l'uretra ed anche la vagina; egli è a tale complicazione delle lesioni delle vie orinarie che queste fratture devono la loro gravità.

Le rotture, le lacerazioni dell'uretra (1) possono essere prodotte sia direttamente da un frammento angoloso, sia, il più delle volte, dallo stiramento esercitato sull'aponeurosi media. Nelle cadute a cavalcione, prima si rompe l'uretra; la frattura è consecutiva (fratture secondarie di Terrillon). Le due lesioni sono dunque concomitanti, ma non correlative.

(1) J. W. Regnault, *Des fractures du pubis et de leurs complications*. Tesi di laurea di Parigi, 1863, n. 48. — Durand, *Considérations sur les fractures du pubis compliquées de rupture de l'urèthre*. Tesi di laurea di Parigi, 1869, n. 58. — Gloaguen, *Des complications du côté de l'urèthre chez l'homme dans les fractures du pubis*. Tesi di laurea di Parigi, 1871, n. 166. — Terrillon, *Des ruptures de l'urèthre*. Tesi d'aggregazione. Parigi 1878.

Quanto alle ferite della vescica (1) esse possono essere prodotte dalla penetrazione diretta d'un frammento, sia nella faccia anteriore dell'organo, sia nella sua faccia laterale (penetrazione del frammento iliaco nelle fratture per pressione laterale), sia anche nella parte laterale della sua faccia inferiore (ascesa del frammento ischiatico nelle fratture prodotte da caduta sull'ischio). La lacerazione delle pareti vescicali per distensione eccessiva dei legamenti vescico-pubici può risultare ancora dalle diastasi della sinfisi pubica. Non devo insistere qui sulle varietà e sul meccanismo di queste lacerazioni, nè sulle rotture della vescica le quali si verificano sotto l'influenza dello stesso trauma, ma indipendentemente dalla frat-

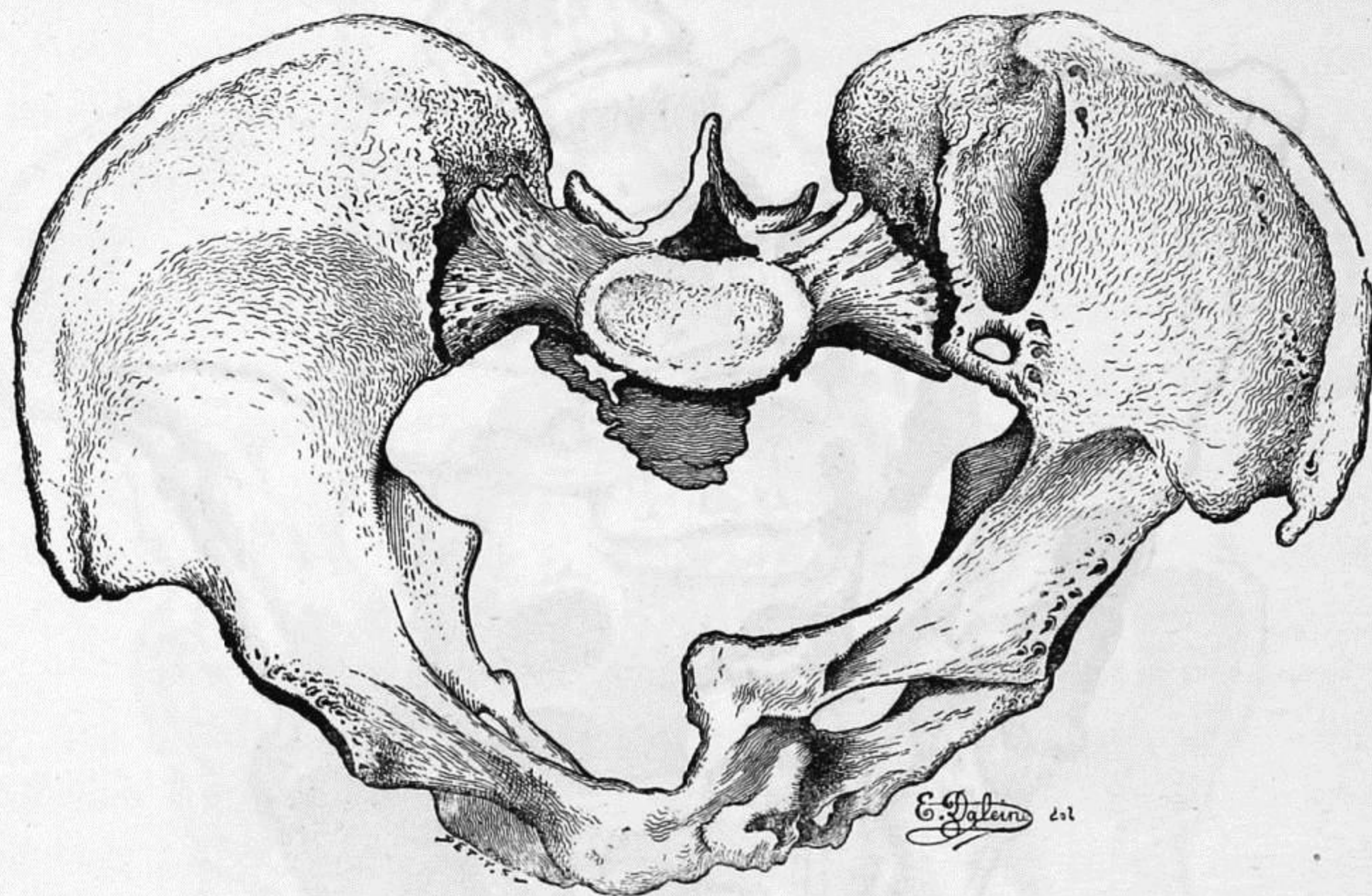



Fig. 38. — Doppia frattura verticale. — Depressione del frammento nella cavità pelvica. L'osso iliaco sinistro di questo bacino è rappresentato nella fig. 33 (caso personale).

tura. Tutte queste questioni saranno trattate nel capitolo consacrato alle lesioni traumatiche della vescica. L'infiltrazione dell'orina, che risulta dall'apertura della vescica, si accompagna rapidamente con un'infezione del focolaio della frattura e con una osteomielite.

Le lesioni della vescica e dell'uretra sono le più frequenti, ma non le sole complicazioni delle fratture del bacino. Ho già parlato delle lesioni del nervo otturatore e dei vasi otturatori.

Si è ancora osservata la lacerazione dell'arteria o della vena iliaca (2), sopra tutto la contusione di quest'ultima con trombosi consecutiva, lesioni dell'arteria ischiatica (3), del nervo sciatico, dei nervi sacrali, infine in alcuni casi ferite del retto, qualche volta anche dell'intestino tenue (4).

---

(1) Barthélemy, *Des complications viscérales des fractures du bassin* (*Bull. de la Société clinique*. Parigi 1878, pag. 248). — Chaboureau, *Des ruptures de la vessie dans leurs rapports avec les fractures du bassin*. Tesi di laurea, 1878, n. 423. — Gauché, *Influence de la réplétion de la vessie sur sa perforation par les fragments osseux* (*Bulletin de la Société anatomique*, 1878, pag. 312).

(2) Hamilton, loc. cit., pag. 432. — Owen Lucas, *The Lancet*, 1878, vol. I, pag. 147.

(3) Tillaux, *Traité d'anatomie topographique*, 1890, pag. 909.

(4) Lente, *New-York Journ. of Med.*, gennaio 1851, pag. 29.

Sintomi. — Si osservano frequentemente a tutta prima nei feriti dei sintomi generali di *shock*, pallore del viso, debolezza del polso, raffreddamento delle estremità, ecc., variabili coll'intensità del trauma.

I primi segni locali sono il dolore e l'impotenza del membro inferiore. Molto variabile in intensità, il dolore ha sede sopra tutto al davanti, si irradia alla coscia sino al ginocchio nelle fratture del pube; risiede nel dorso, nelle natiche, qualche volta sul tragitto dello sciatico nelle fratture del sacro. L'impotenza del membro è pure più o meno accentuata. Si osservano molto raramente delle vere paralisi del membro inferiore (Hoffa). D'ordinario l'arto è immobilizzato dal dolore, od almeno resta inerte, sovente in rotazione esterna; ogni contrazione dei muscoli della radice della coscia risveglia un dolore più intenso.

Si può, in certi casi, constatare facilmente lo spostamento dei frammenti, la ascesa del frammento mediano nelle doppie fratture verticali, più raramente la depressione dei frammenti pubici nelle fratture dell'arco anteriore; negli stessi casi è possibile percepire la mobilità anormale e la crepitazione.

Ma questi segni evidenti non esistono guari che nelle fratture con grande sconquasso, con uno spostamento molto accentuato di frammenti multipli. Il più delle volte è impossibile, o almeno molto difficile, percepirli. Allora per mezzo di un'esplorazione molto accurata di tutto il bacino si giungerà a delimitare uno o più punti dolorosi, che hanno sede il più sovente alla regione pubica, od all'indietro, sul sacro o sulla sinfisi sacro-iliaca. L'esplorazione rettale, l'esplorazione vaginale permettono sovente di scoprire un punto doloroso sulla branca ischio-pubica, sul sacro, di sentire una leggiera deformità, un rigonfiamento doloroso molto nettamente localizzato od un leggiero accavallamento dei frammenti.

La constatazione d'una frattura verticale del sacro permette d'affermare l'esistenza d'una frattura del pube.

Allorchè tutti questi segni mancano, la pressione bilaterale sulle ali iliache può risvegliare a distanza un dolore nel punto fratturato.

Checchè ne sia dei risultati forniti dall'esplorazione, ciò che bisogna sempre ricercare colla più grande cura è lo stato della vescica e dell'uretra, perchè le lesioni di questi organi debbono essere curate in prima linea (V. *Rotture della vescica e dell'uretra*).

Diagnosi. — Allorchè vi è spostamento, l'accorciamento dell'arto può fare credere ad una lussazione dell'anca o sopra tutto ad una frattura del collo del femore. Ma è facile constatare colla misurazione che l'accorciamento non si riferisce alla coscia e che la spina iliaca anteriore e superiore è più elevata di quella del lato opposto.

La frattura verticale del sacro può essere facilmente confusa colla lussazione sacro-iliaca. La difficoltà di percepire nettamente in addietro il margine dell'osso iliaco, la presenza, al di sotto della spina iliaca posteriore e superiore, d'un frammento duro, allungato, costituito dall'ala del sacro, e sopra tutto l'appiattimento della natica e la presenza sotto la pelle d'una cresta verticale vicinissima alla cresta mediana delle apofisi spinose, e che non è altro che il margine del sacro fratturato, sono i sintomi attribuiti da Voillemier alla frattura verticale, e che possono servire a fare la diagnosi differenziale colla lussazione.

Quando non esiste spostamento apprezzabile, come in molte fratture del pube, soltanto la localizzazione del dolore permette di credere ad una frattura che talvolta non si dà veramente a conoscere che per le sue complicazioni, per la lesione della vescica o dell'uretra (Gosselin).

In riassunto, la diagnosi è sovente molto difficile, e in molti casi non si può che supporre l'esistenza d'una frattura, che soltanto la persistenza dei dolori e sopra tutto dell'impossibilità di camminare permettono di affermare ulteriormente.

Prognosi. — La prognosi è grave. Su 106 casi, Drechsler (1) ha trovato solamente 71 guarigioni; la mortalità sarebbe dunque, secondo questa statistica, del 33 per $^0/_0$.

La gravità dipende sia dalla violenza del trauma e dallo *shock* successivo, che può uccidere rapidamente il ferito, sia dalla lesione delle vie orinarie e da tutte le complicazioni immediate o tardive che ne sono la conseguenza. Ho già indicato i fatti d'infezione locale o generale che possono derivare dalle fratture complicate e sopra tutto dalle fratture per armi da fuoco (V. più indietro: *Ferite del bacino*).

Dopo la consolidazione della frattura possono persistere delle deformità più o meno importanti, quali il restringimento del bacino, il raccorciamento permanente dell'arto.

Cura. — Nelle fratture senza spostamento il riposo nel letto è la sola cura. Allorchè esiste spostamento, si può cercare di ridurre i frammenti, operando con precauzione per non produrre dei nuovi guasti.

Nelle fratture del pube, il dito introdotto nella vagina o nel retto può rialzare un frammento. Nelle doppie fratture verticali e sopra tutto se va compagna una frattura verticale del sacro, è ancora il dito introdotto nel retto che premerà sul frammento e che seguirà i progressi della riduzione tentata per mezzo d'una trazione sull'arto inferiore.

In alcuni casi particolari, l'intervento può essere indicato da uno spostamento insolito del frammento, che sporga in un punto in cui è facilmente accessibile. Malgaigne ne cita alcuni esempi.

Il più antico è quello di Maret, che incise il grande labbro destro per levare un frammento del pube comprimente l'uretra al punto da provocare una ritenzione d'orina e da impedire il cateterismo. D'altra parte, per la via della vagina si potrà estrarre un frammento che abbia perforato questo condotto e la vescica (2).

---

(1) Citato da Hoffa, loc. cit., pag. 435.

(2) Nélaton, dice Malgaigne, mi ha comunicato un fatto ben più notevole: « Una donna era entrata nel suo scompartimento al San Luigi per una frattura del pube determinata dal passaggio della ruota di una vettura; un frammento aveva perforato ad un tempo la vescica e la vagina e fu ritirato da quest'ultimo canale, e, malgrado lo spandimento d'orina e la suppurazione che ne fu la conseguenza, Nélaton riescì a salvarla. Ecco ciò che è più curioso ancora. Lenoir ricoverò qualche anno dopo, alla *Pitié*, una donna che soffriva per un calcolo della vescica. Essa aveva la stessa età dell'ammalata di Nélaton, e raccontò che era stata curata al San Luigi per una frattura del pube, e Lenoir avendo estratto il calcolo dall'uretra, trovò al centro un frammento osseo che aveva servito di nucleo a quello. Era essa la medesima ammalata od un'altra? La prima supposizione mi pare la più probabile; i casi di frattura e sopra tutto di guarigione di questo genere non sono così comuni ». — Malgaigne, loc. cit., pag. 647.

Esistono alcune altre osservazioni di frammenti distaccati dal pube, che sono restati nella vescica e furono punto di partenza di calcoli (vedasi *Malattie della vescica*).

Nelle fratture complicate richiede tutta l'attenzione del chirurgo la disinfezione rigorosa del focolaio, sovente difficilissima. Io non devo qui insistere a lungo sull'intervento soventi necessario in simili casi: sbrigliamento, ablazione dei sequestri, resezione, trapanazione per isvuotare un focolaio profondo, ecc.

Se è sovente possibile ottenere la riduzione completa dei frammenti, è sempre molto difficile mantenerla. Il miglior mezzo sembrerebbe essere l'immobilizzazione in una doccia di Bonnet, ben adatta al tronco del ferito, con una leggiera estensione continua sul membro corrispondente alla frattura.

Si può ancora mantenere il frammento coll'aiuto d'un bendaggio applicato intorno al bacino, se esso ha tendenza a rovesciarsi all'esterno.

Infine, in certi casi, è utile mantenere l'arto nella posizione particolare che assicura la riduzione. Si può allora impiegare il piano inclinato, le trazioni continue più o meno oblique, ecc. (1).

VI. — FRATTURE DELLA CAVITÀ COTILOIDE

Le fratture della cavità cotiloide possono essere divise in tre classi principali: 1° fratture del sopracciglio cotiloideo; 2° fratture del fondo della cavità con penetrazione della testa del femore nel bacino; 3° passaggio attraverso la cavità cotiloidea di una o più linee di frattura del bacino.

1° Le fratture del sopracciglio cotiloideo prodotte nelle stesse condizioni delle lussazioni dell'anca, sono accompagnate da spostamento della testa del femore. Quando non esiste crepitazione, esse non possono essere riconosciute che per la riproduzione facile della lussazione ridotta. La loro descrizione appartiene dunque alla storia delle lussazioni dell'anca, di cui non sono che una complicazione.

2° Le fratture del fondo della cavità cotiloidea per pressione della testa del femore, in seguito a caduta sul grande trocantere o più raramente sui piedi, possono limitarsi ad un semplice divaricamento con leggera penetrazione dei frammenti; ma in altri casi, la testa del femore attraversa la cavità infranta e viene a fare sporgenza nel bacino (fig. 39).

La diagnosi di queste fratture è sovente molto difficile; esse simulano assolutamente le fratture del collo del femore; mi sembra inutile enumerare i sintomi differenziali che si è cercato di stabilire per fare questa diagnosi. Infatti vi ha un sintoma patognomonico di queste fratture, ed è la deformazione riconoscibile coll'esplorazione vaginale o sopra tutto coll'esplorazione rettale; una sporgenza che risiede sulla superficie quadrilatera corrispondente al fondo della cavità

---

(1) Nel caso già citato di frattura del pube, Maret, temendo che la perdita di un largo frammento pubico non producesse un restringimento del bacino, mantenne la ferita, una giovane di 18 anni, coricata sul dorso colla coscia destra flessa e divaricata durante tutto il tempo necessario al consolidamento. La ragazza, maritata più tardi, ebbe dei parti assolutamente normali.

cotiloidea, ed è costituita sia dai frammenti infossati, sia dalla testa del femore lussata nel bacino, il che si potrà riconoscere facendo imprimere qualche movimento alla coscia, mentre il dito esplora questa sporgenza anormale (1).

Nei casi in cui non vi abbia penetrazione dei frammenti, ma semplice rottura della cavità, l'esplorazione rettale permetterà ancora di riconoscere dei punti dolorosi nettamente localizzati; ma è facile comprendere come la diagnosi allora possa essere oscura.

3° Nella terza categoria devono essere collocate le fratture del bacino, che attraversano la cavità cotiloidea. Queste fratture sono abbastanza frequenti e pre-

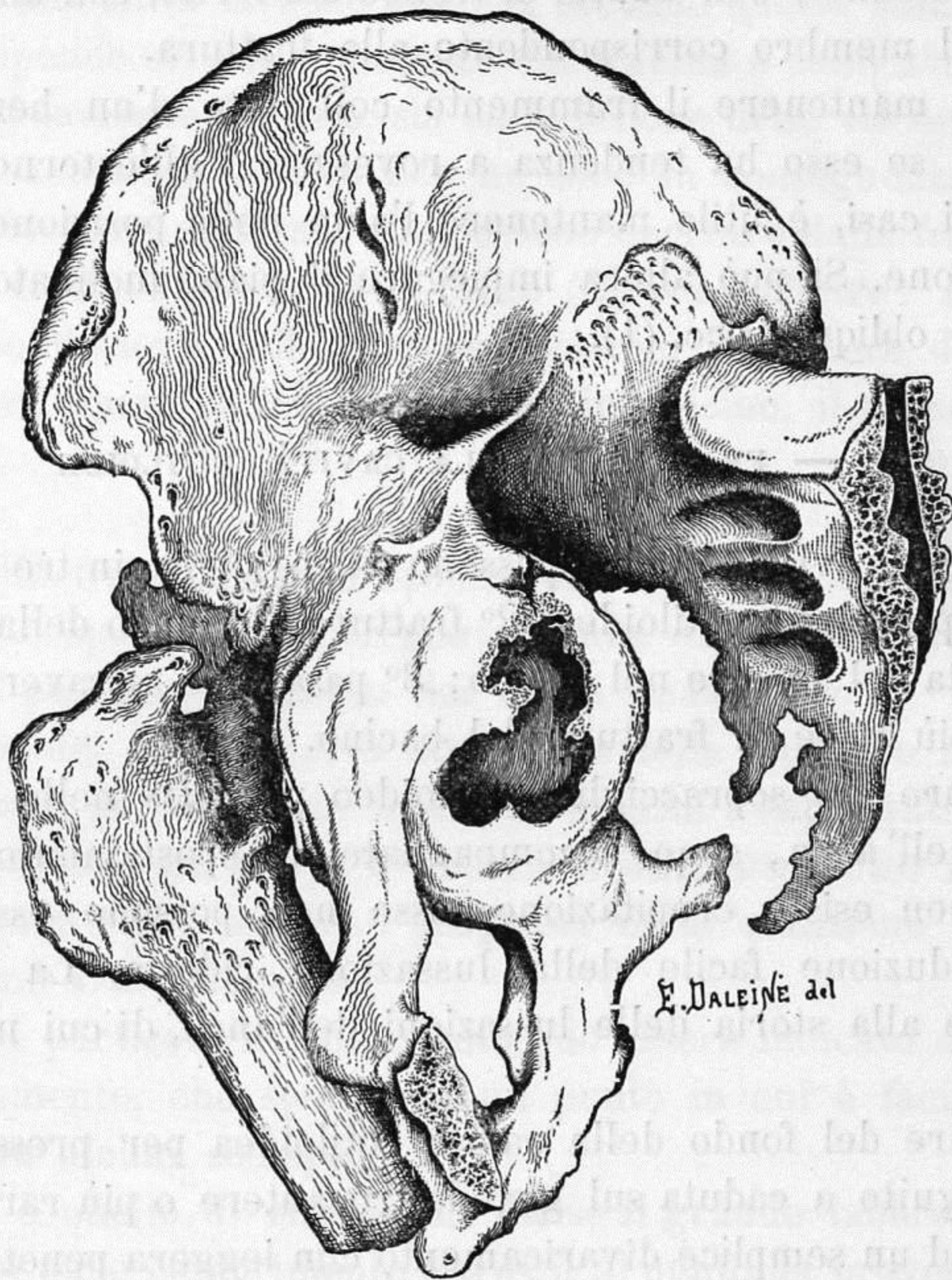



Fig. 39. — Frattura della cavità cotiloide. — Penetrazione della testa del femore nel bacino. (Breschet, Museo Dupuytren, 13).

sentano delle numerose varietà. Su molti dei preparati di fratture multiple del bacino raccolti nel museo Dupuytren, si vede ora una linea di frattura verticale od obliqua passante per la cavità cotiloidea, ora numerose linee che vi si incontrano senza una disposizione regolare. Sovente queste fratture sono simmetriche.

(1) Esistono osservazioni abbastanza numerose di queste fratture con penetrazione della testa del femore nel bacino. Ma quasi sempre si è creduto sia ad una lussazione dell'anca, sia ad una frattura del collo. Hamilton radunò in un importante capitolo un certo numero di questi errori di diagnosi. L'esplorazione rettale era sempre stata trascurata od almeno nelle osservazioni non si parla dei risultati forniti da questa esplorazione raccomandata da E. Bœckel (*Gazzetta medica di Strasburgo*, 1873, n. 19) e che sola sembra poter fornire in tal caso dei dati precisi.

È evidente che queste fratture del cotilo nelle fratture multiple del bacino non possono essere rivelate che per mezzo dell'esplorazione rettale; anche qui i risultati di questa esplorazione possono essere in certi casi molto meno chiari, in causa della molteplicità delle lesioni.

Vi ha un'altra varietà di frattura della cavità cotiloidea di cui non ho potuto trovare alcuna menzione negli autori e che nondimeno è facilissimo produrre sperimentalmente, sempre cogli stessi caratteri (1). Essa risulta da un colpo applicato obliquamente dal basso in alto e dall'esterno all'interno sull'ischio, o, ciò che

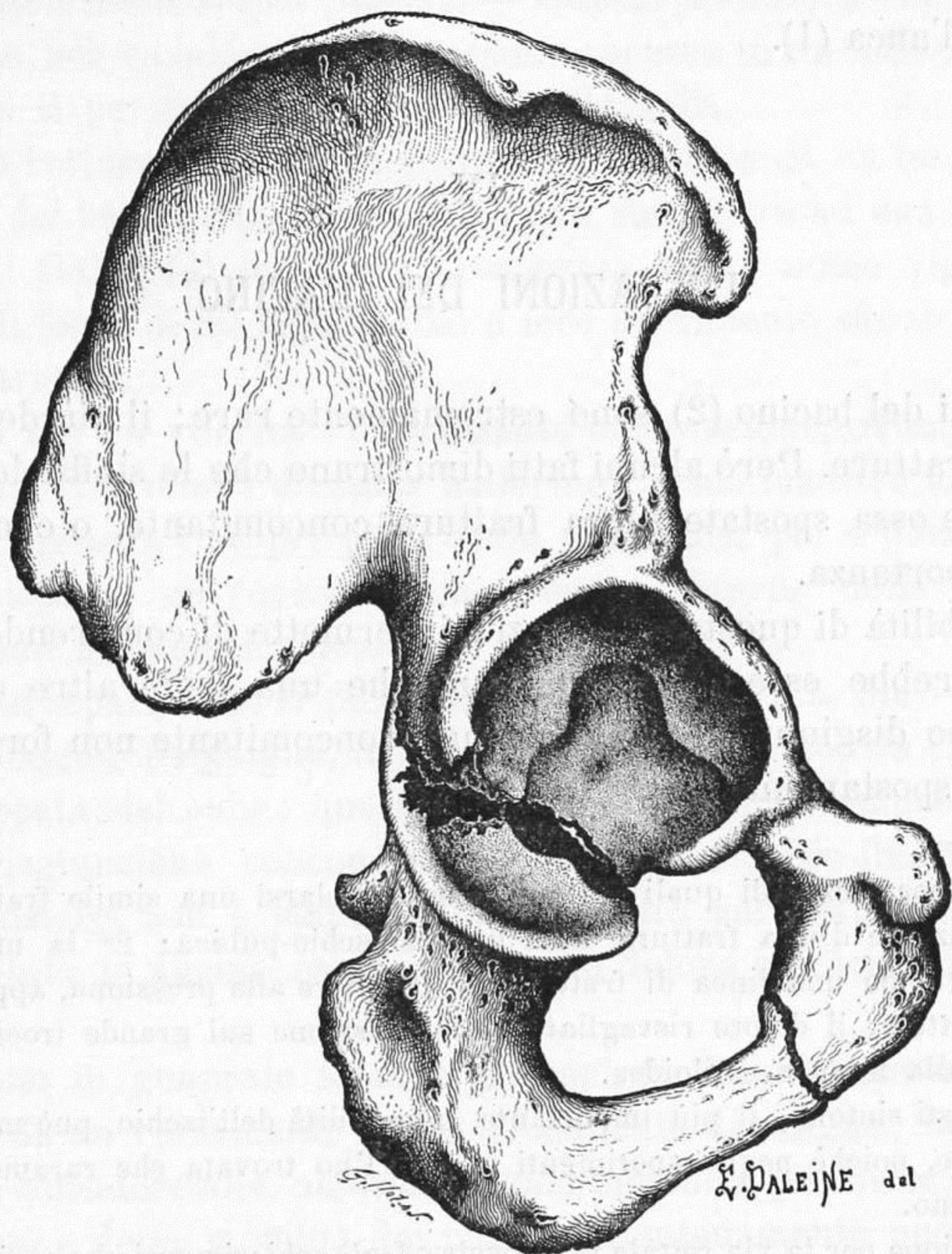



Fig. 40. — Frattura sperimentale della cavità cotiloide e della branca ischio-pubica per caduta sull'ischio.

torna lo stesso, da una caduta sull'ischio leggermente inclinato verso l'interno. La linea di frattura, partendo dalla grande incisura sciatica, dirigendosi un po' obliquamente in basso ed in avanti, attraversa la cavità cotiloidea, e ricompare sulla branca ischio-pubica. È dunque una separazione dell'ischion per intiero assieme alla parte inferiore della cavità cotiloidea (fig. 40).

Qualche volta a questo tratto orizzontale si unisce una frattura della parte superiore della cavità cotiloidea, di maniera che l'osso iliaco resta separato in

(1) C. WALTHER, *Recherches expérimentales sur certaines fractures de la cavité cotyloïde* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1891, pag. 561).

tre frammenti corrispondenti ai suoi segmenti primitivi. Cooper, Sanson, hanno riferito degli esempi di questa specie di frattura. Hamilton ne ha veduto uno nella raccolta di Weil; Hoffa ne rappresenta un altro nettissimo: frattura della cavità cotiloidea secondo le sue tre primitive linee di saldatura con frattura della branca ischio-pubica. È probabilissimo che queste fratture siano state prodotte nella stessa maniera, ma la mancanza di dati non permette di affermarlo.

Deve essere difficilissimo riconoscere queste fratture sul vivo. Io ho potuto osservarne un caso nel quale, dopo aver constatato l'esistenza d'una frattura della branca ischio-pubica, non ho riconosciuta la frattura cotiloidea che per l'anchilosi consecutiva dell'anca (1).

IV.

LUSSAZIONI DEL BACINO

Le lussazioni del bacino (2) sono estremamente rare; il più delle volte accompagnano delle fratture. Però alcuni fatti dimostrano che le sinfisi del bacino possono essere rotte e le ossa spostate senza frattura concomitante, o con fratture secondarie senza importanza.

La poca mobilità di queste articolazioni permette di comprendere che una sola di esse non potrebbe essere lussata senza che una delle altre due venga pure lussata od almeno disgiunta, se una frattura concomitante non fornisce la mobilità necessaria allo spostamento.

---

(1) Se si cerca per mezzo di quali sintomi possa rivelarsi una simile frattura, non si trova che: 1° la constatazione d'una frattura della branca ischio-pubica; 2° la mobilità dell'ischio; 3° la sporgenza fatta da una linea di frattura od il dolore alla pressione, apprezzabili per mezzo dell'esplorazione rettale; il dolore risvegliato dalla pressione sul grande trocantere spingendo la testa del femore sulla fessura cotiloidea.

Ma di tutti questi sintomi, il più importante, la mobilità dell'ischio, può mancare e deve ordinariamente mancare, poichè negli esperimenti io non l'ho trovata che raramente dopo un traumatismo violentissimo.

La sola esplorazione per la via rettale può fornire degli schiarimenti che assicurino la diagnosi. Ma in certi casi essa rimane negativa; nell'ammalato che io ho osservato, in pieno delirio alcoolico, l'esplorazione non poteva rivelare dei punti dolorosi. La frattura della branca ischio-pubica mi sembra offra un prezioso valore; essa deve, se non altro, risvegliare l'attenzione ed invitare a ricercare minutamente e con ripetuti esami la frattura del cotile. Se, infatti, si può constatare che questa frattura non è diretta (mancanza di lesioni della pelle, di ecchimosi rapida, di versamento sanguigno), che la caduta ebbe luogo sull'ischio, che non esiste una doppia frattura verticale del bacino, mi sembra naturale, dopo i risultati costanti forniti dall'esperienza, di credere ad una frattura della cavità cotiloidea. Solo i sintomi dati dall'esplorazione rettale possono accertare la diagnosi; ma anche quando, per qualche ragione, essi restassero negativi, io credo sarebbe prudente riservare la diagnosi e la prognosi ed agire come se esistesse realmente una frattura della cavità cotiloidea che, infatti, è allora probabilissima.

(2) Malgaigne, *Traité des fractures et des luxations,* t. II, pag. 774. — Follin et Duplay, *Pathologie externe*, t. III, pag. 336. — Salleron, *Luxations traumatiques du bassin* negli *Archives gén. de Méd.*, 1871, t. II, pag. 34. — Hermann Lossen, *Deutsche Chirurgie* , LXV, pag. 11, 1880. — Albert Hoffa, *Lehrbuch der fracturen und luxationen*, pag. 437. Würtzburg 1891.

Malgaigne (1) ha diviso in sei specie le lussazioni del bacino:

1° Lussazioni della sinfisi pubica;

2° Lussazioni della sinfisi sacro-iliaca;

3° Lussazioni di queste due sinfisi assieme, o dell'osso iliaco;

4° Lussazioni delle due sinfisi sacro-iliache, o del sacro;

5° Lussazioni delle tre sinfisi, o delle tre ossa, ad un tempo;

6° Lussazioni del coccige.

Questa classificazione, un po' lunga, ha il vantaggio di facilitare la descrizione.

1° *Lussazioni della sinfisi pubica.* — Queste lussazioni sono state parecchie volte (2) prodotte nei cavalieri da una scossa brusca in un salto, uno scarto del cavallo, battendo il perineo violentemente sulla sella.

Altre volte la rottura della sinfisi risultò dalla caduta da un luogo elevato sulla parte posteriore del bacino (3). Essa può ancora succedere ad una violenta contrazione muscolare; Gallez (4) infatti l'ha osservata in un uomo vigoroso, che portando un pezzo di ferro di 80 Kg., scivolò e fece un violento sforzo per non cadere, colle gambe divaricate.

Infine Tenon (5) ha riferita l'interessante osservazione, ovunque citata, di un giovane di 18 anni, che voleva diventar ballerino; il suo maestro lo faceva coricare sul dorso, e gli metteva i propri piedi sulle ginocchia, poi si dondolava in questa posizione per ottenere un rovesciamento verso l'esterno delle ginocchia e dei piedi; esso ottenne un divaricamento del pube.

Sembra che la separazione si faccia tra uno dei pubi e la fibro-cartilagine della sinfisi. Baker, Cloquet, Malgaigne, hanno constatato all'autopsia che la fibro-cartilagine era strappata dal pube; questo distacco si produce sempre dal lato lussato (Salleron). La disgiunzione concomitante della sinfisi sacro-iliaca, la quale deve quasi sempre esistere, non è stata anatomicamente verificata; essa si rivela per questo fatto, notato in alcune osservazioni: un dolore ben localizzato sulla sinfisi sacro-iliaca.

I *sintomi* sono in generale facili a percepire; l'allontanamento dei pubi può essere nascosto da un versamento molto abbondante di sangue; ma, anche quando la tumefazione è considerevole, un'esplorazione metodica permette di rendersi conto dello spostamento e della mobilità dei pubi. L'allontanamento può giungere fino a due o tre dita trasverse; nel caso di Murville si poteva insinuare la mano tra le ossa.

(1) Duplay semplifica questa divisione riunendo in una stessa specie la lussazione delle due sinfisi sacro-iliache con o senza lussazione della sinfisi pubica.

Salleron, nella sua importante Memoria, osservando esattamente le regole della nomenclatura adottate per le lussazioni, dà allo spostamento della sinfisi sacro-iliaca il nome di lussazione dell'osso iliaco, e riduce a tre il numero delle specie « comprendendo molte varietà possibili, ma poco numerose in ragione della conformazione delle ossa »: 1° lussazione o disgiunzione della sinfisi pubica sola; 2° lussazione dell'osso iliaco, unilaterale o bilaterale, con o senza disgiunzione della sinfisi pubica; 3° lussazione del coccige.

(2) Caso di CAMERON e di MURVILLE, citato da Malgaigne. — Caso di WEBER, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1° giugno 1872, citato da Lossen.

(3) MARTIN, citato da Malgaigne.

(4) GALLEZ, *Presse médicale belge*, 1876, n. 32.

(5) TENON, *Mémoires de l'Institut*, t. IV, pag. 159.

Le complicazioni dovute alle lesioni delle vie orinarie sono state bene studiate da Salleron. Si possono osservare delle rotture dell'uretra o delle rotture della vescica per pressione diretta, indipendenti dalla disgiunzione pubica. (Qui non si parla soltanto delle complicazioni delle lussazioni isolate della sinfisi, ma delle lesioni che sono dovute allo spostamento del pube nelle lussazioni multiple). Il fatto proprio della lussazione del pube è la deviazione dell'uretra. Richerand aveva già segnalato in un ferito, uno stiramento dell'uretra dalla parte ammalata; Salleron attribuisce questa deviazione del canale alla trazione esercitata dal pube spostato sul corrispondente legamento anteriore della vescica: « Allorchè il legamento pubico-prostatico dal lato della lussazione non è completamente rotto, è soltanto stirato, la prostata, e per conseguenza il collo della vescica, è forzatamente spostata nello stesso senso e dallo stesso lato. Ma se la rottura è completa, il che deve accadere raramente, il legamento del lato opposto, non avendo più antagonista, deve forzatamente trascinare la prostata dal suo lato e deviare l'uretra nello stesso senso ». Pare che la trazione esercitata sull'aponevrosi media dalla branca ischio-pubica spostata debba avere una parte ben più importante nella deviazione dell'uretra. Questa complicazione si rivela in ogni caso per la ritenzione d'orina e per una certa difficoltà nel cateterismo.

Dalle altre lesioni, dalle rotture dell'uretra e della vescica, qui come in caso di fratture, dipende la gravità della prognosi. La *cura* delle lussazioni della sinfisi pubica si riduce a mantenere il ferito a letto, applicando intorno al bacino un bendaggio, che avvicini, per quanto è possibile, i pubi allontanati.

2º *Lussazioni della sinfisi sacro-iliaca.* — Malgaigne non cita che un solo caso di questa lussazione senza frattura del bacino (1); di più, esso è molto discutibile, e si tratta probabilmente di tutt'altra cosa che d'una lussazione traumatica, perchè all'autopsia si trovò del pus intorno alla sinfisi ed il traumatismo era stato abbastanza poco violento perchè il malato potesse continuare a camminare ed a portare dei pesanti fardelli il giorno stesso del trauma.

Salleron ha riferito un caso di questa varietà di lussazione, caso molto bene osservato e descritto, nel quale l'osso iliaco era lussato in avanti sul sacro, senza alcun segno di frattura del bacino, senza alcuno spostamento della sinfisi pubica.

Come fa osservare Salleron, questa lussazione semplice della sinfisi sacro-iliaca non può mantenersi che se lo spostamento dell'osso iliaco si fa in avanti; quando si effettua all'indietro, la riduzione deve essere spontanea ed immediata.

Malgaigne cita quattro altre osservazioni di lussazione sacro-iliaca, ma con frattura concomitante del bacino, ed allora con spostamento variabile, il più sovente in alto ed all'indietro.

I *sintomi*, oltre il dolore e l'impotenza dell'arto, sono: la mobilità con crepito dal lato della sinfisi, lo allontanamento che permette di approfondarvi le dita, e lo spostamento della spina iliaca posteriore superiore (Malgaigne). Nella lussazione semplice senza frattura, non vi sarebbe alcuna mobilità (Salleron). Abbiamo già visto

---

(1) Philippe, *Académie de Chirurgie*, t. III, 1768. — *Histoire*, pag. 91, citata da Malgaigne, loc. cit., pag. 777.

come una frattura del sacro possa simulare una lussazione sacro-iliaca, e su quali caratteri precisi debba poggiare la diagnosi differenziale (V. *Fratture del sacro*).

Nel caso di Salleron, il solo conosciuto di lussazione semplice senza frattura, la riduzione si fece spontaneamente il terzo giorno, in un movimento dell'ammalato, per voltarsi di fianco.

Quando la lussazione accompagna una frattura, bisogna tentarne la *riduzione*, a meno di complicazioni talmente gravi da temere al menomo movimento di aumentare ancora i guasti che esistono. Tale è il consiglio che dà Malgaigne, e Salleron non aveva ritardata di qualche giorno la riduzione che per lasciare che i sintomi gravi avessero tempo di migliorare. Questa riduzione spontanea è forse la causa della rarità delle osservazioni di lussazione sacro-iliaca.

3° *Lussazioni simultanee della sinfisi pubica e della sinfisi sacro-iliaca.* — È la *lussazione dell'osso iliaco* separato dai suoi due attacchi; Malgaigne ne ha riunite 5 osservazioni (Enaux, Baker, Gerdy, Tavignot, Parmentier), alle quali egli ha aggiunto un caso proprio. Salleron ne ha osservati due altri.

Nella maggior parte dei casi, vi ha nello stesso tempo una frattura poco estesa e senza spostamento, o con pochissimo spostamento, la quale ha sede in un punto variabile dell'osso iliaco, il più delle volte sulla branca orizzontale del pube o sulla ischio-pubica.

È sempre una violenza considerevole che produce la lussazione: passaggio della ruota d'una vettura, una frana, una caduta da un luogo elevato, ecc. Salleron, dal suo studio sul meccanismo dello spostamento conclude che: 1° per produrre *la lussazione in alto ed all'indietro*, bisogna che il trauma agisca secondo un asse che passi o per la tuberosità dell'ischio, come nella caduta sulle natiche, o per la cavità cotiloidea, come in una caduta sulle estremità inferiori in estensione, e vada a finire al centro dell'articolazione sacro-iliaca; 2° la *lussazione in avanti* non può essere prodotta che da un trauma che agisca direttamente sulla spina iliaca posteriore e superiore secondo un asse che passi pel mezzo della sinfisi sacro-iliaca.

I *sintomi* della lussazione dell'osso iliaco sono ordinariamente bene caratteristici, perchè consistono in un cambiamento di rapporti dell'osso intiero, rilevabile quindi in ciascuno dei punti di repere che servono sempre all'esplorazione. A parte i sintomi di disgiunzione della sinfisi pubica e della sinfisi sacro-iliaca, si constata nella lussazione in alto ed all'indietro una retrazione della spina iliaca anteriore e superiore, una sporgenza esagerata della spina posteriore, una depressione della gronda sacrale, qualche volta un divaricamento sensibile all'esplorazione della sinfisi sacro-iliaca. L'osso iliaco tutto intiero è risalito, d'onde un accorciamento apparente del membro inferiore; esso subisce anche un movimento di torsione che porta in fuori ed in alto il pube lussato, in dentro la tuberosità dell'ischio, e che provoca la rotazione del piede in fuori in maniera da simulare una frattura del collo del femore.

Nella lussazione in avanti, al contrario, la sporgenza esagerata della spina iliaca anteriore, il rilievo formato dall'osso iliaco spostato, l'abbassamento della spina iliaca posteriore, permettono di riconoscere lo spostamento. In questa varietà di lussazione, l'arto inferiore non sembra raccorciato, il piede è in posizione regolare o leggermente deviato all'indentro.

La misura dell'arto inferiore, accuratamente praticata, permetterà sempre di riconoscere l'integrità del femore e dell'articolazione dell'anca; la diagnosi non può essere intralciata che dalla difficoltà dell'esplorazione diretta del bacino, in causa della tumefazione; si può in tal caso confondere la lussazione con una frattura del bacino, o viceversa (Malgaigne).

La *prognosi* è grave. Malgaigne conta 4 morti sopra 6 osservazioni. Nei due casi di Salleron, la guarigione si fece senza complicanze.

Le complicazioni che aggravano il pronostico sono, come sempre, le rotture dell'uretra o della vescica. Ho già segnalata la semplice deviazione dell'uretra, la quale provoca la ritenzione d'orina.

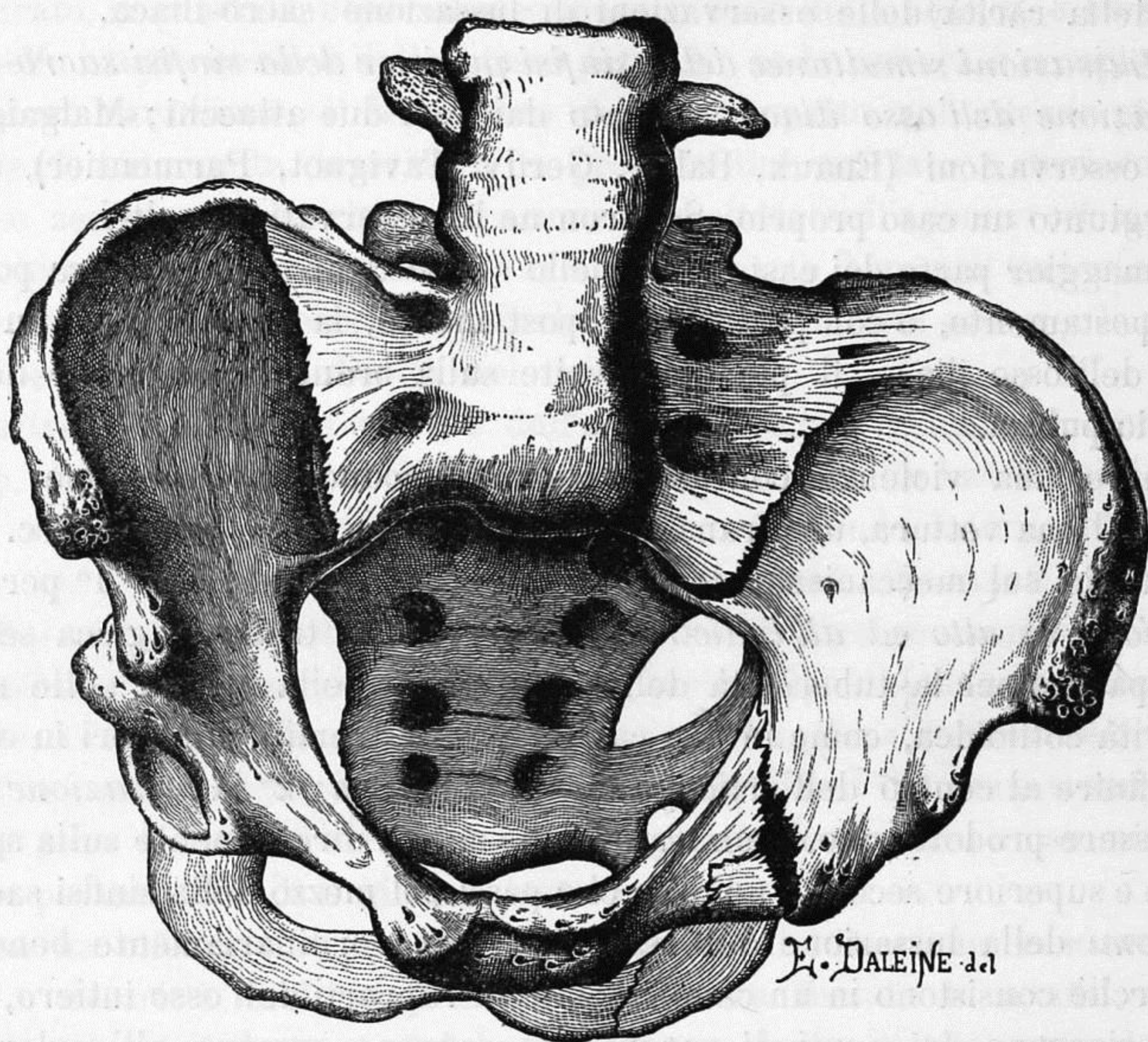



Fig. 41. — Lussazione del sacro in avanti con frattura delle branche del pube.
(Foucher, Museo Dupuytren, n. 773. — Preparato disegnato nell'atlante di Malgaigne).

La *riduzione* deve essere tentata ed il ferito deve essere mantenuto nella posizione più favorevole all'immobilizzazione dell'osso ridotto. Nel caso d'Enaux, i tentativi di riduzione non diedero alcun risultato; ma l'osso iliaco si riduceva da se stesso nella semplice flessione della coscia e della gamba. In uno dei feriti osservati da Salleron (lussazione dell'osso iliaco in avanti), la riduzione si fece spontaneamente mentre si rivoltava il malato nel letto per esplorarlo; nell'altro (lussazione in alto ed in dietro) le manovre di riduzione (trazione e contro-estensione) diedero un successo completo.

Ottenuta la riduzione, un bendaggio del bacino manterrà le ossa al posto e bisogna sia protratto il riposo nel decubito sino a completo saldamento delle sinfisi.

4º *Lussazione delle due sinfisi sacro-iliache. — Lussazione delle due ossa iliache all'indietro. — Lussazione del sacro.* — Il sacro non può spostarsi che in

avanti; un'osservazione presentata all'Accademia da Murville, come lussazione del sacro in basso, non potrebbe essere ammessa, mancando d'ogni segno caratteristico (1).

La lussazione del sacro in avanti, senza disgiunzione del pube, è stata constatata da Cooper, Gibson, Foucher.

Nell'osservazione di Foucher (2), la sola che sia completa, la lesione era stata prodotta dal passaggio della ruota d'una vettura molto carica. Ma non vi è indicata la posizione del soggetto, e, contrariamente all'opinione di Malgaigne, Salleron pensa che la ruota avesse dovuto passare sul sacro, essendo il ferito caduto in avanti e poggiando il bacino sul suolo col pube e colle due spine iliache. Le esperienze di Féré e Perruchet, che ho citato più sopra (V. *Fratture del bacino*), hanno dimostrato che è anche possibile, con una violenza applicata sul sacro, senza che il bacino abbia un appoggio in avanti, di produrre la lussazione del sacro con o senza frattura del pube. L'osservazione incompleta di Gibson riguarda una donna di 35 anni, di costituzione delicata, a cui suo marito aveva assestato un pugno sul sacro.

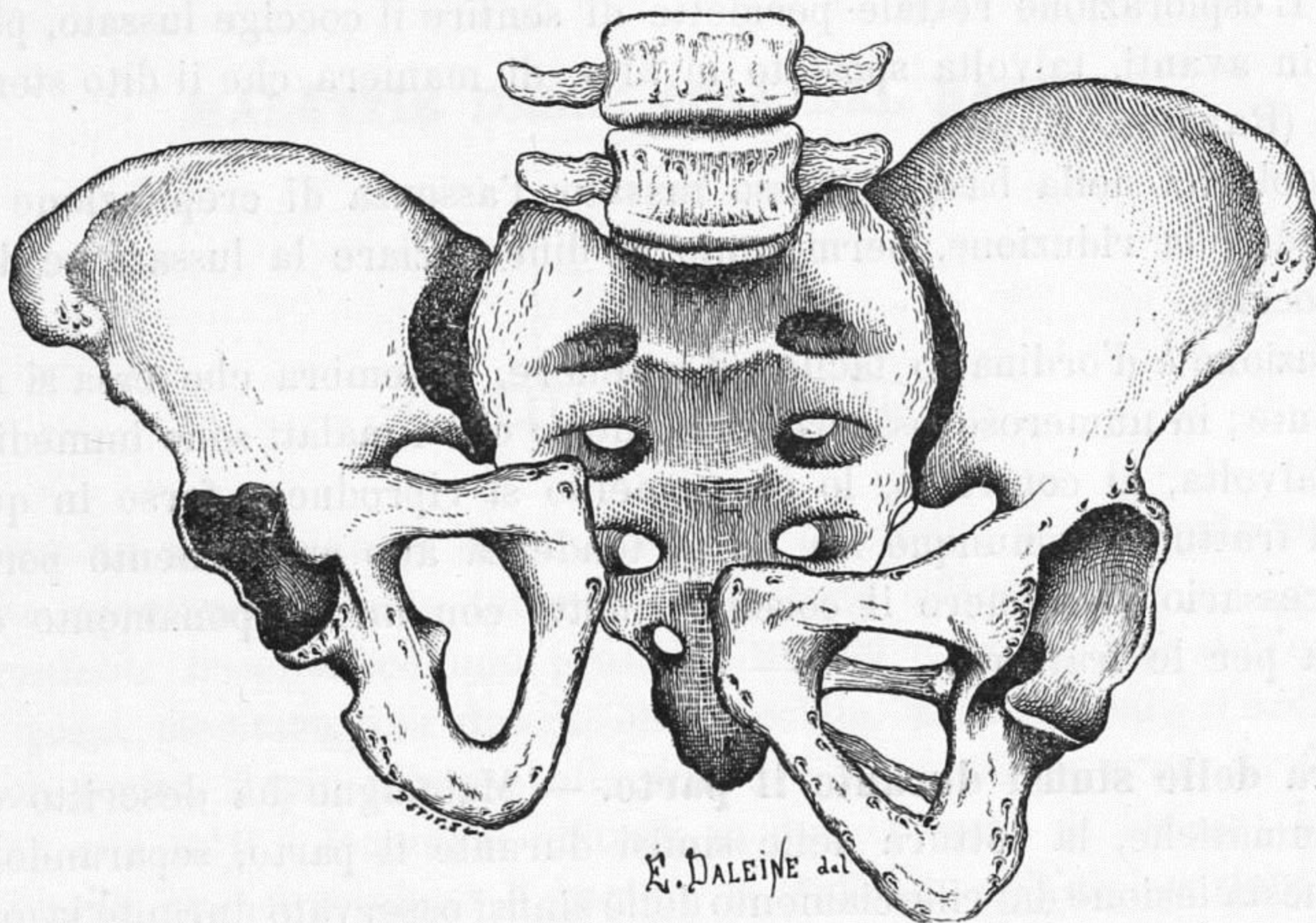



Fig. 42. — Lussazione delle tre sinfisi. (Laugier, Museo Dupuytren, n. 772).

Il ferito di Foucher morì in capo a cinque giorni. Oltre la lussazione del sacro in avanti, esisteva una frattura dell'osso iliaco sinistro.

5° *Lussazioni simultanee delle tre sinfisi.* — Nel caso di lussazioni simultanee delle tre sinfisi (3), i guasti sono tali che i feriti soccombettero tutti. La morte è sopravvenuta rapidamente, sia in seguito a rottura della vescica, sia in seguito a suppurazioni prolungate, a gangrena per alterazione delle parti molli, ecc.

I sintomi, le indicazioni della cura non presentano qui niente di particolare. Quando non vi sono complicazioni immediate per lesione della vescica o dell'uretra,

---

(1) Malgaigne, loc. cit., pag. 784.

(2) Foucher, *Revue médico-chirurgicale*, t. IX, pag. 336.

(3) Osservazioni di A. Cooper, Cloquet, Thouvenet, Richerand, citati da Malgaigne. — Laugier, *Bull. de la Soc. anat.*, 1850, pag. 35. — Dolbeau, Dubreuil, Pollock, citati da Lossen.

la prognosi deve essere meno grave, perchè oggidì si ha meno da temere l'infezione e la suppurazione in seguito a ferite contuse delle parti molli. Del resto « se noi non contiamo che dei morti, dice Malgaigne, si potrebbe dare che vi siano state delle guarigioni rimaste ignorate, dove sul vivente non sia stata riconosciuta che una o due delle tre lussazioni ».

6° *Lussazioni del coccige.* — La lussazione del coccige può farsi in avanti od in dietro.

Un solo caso di *lussazione all' indietro* è stato nettamente osservato da Lauverjat (1), in seguito ad un considerevole spostamento all'indietro di quest'osso. La riduzione fu facile e la guarigione immediata.

La *lussazione in avanti* è la più frequente; Malgaigne ne ha riuniti 6 casi. Essa succede sempre ad una caduta sopra un corpo duro e sporgente.

Un dolore violentissimo, tenesmo, e nello stesso tempo un impedimento più o meno accentuato alla defecazione, sono i segni principali che attraggono l'attenzione. L'esplorazione rettale permette di sentire il coccige lussato, più o meno inclinato in avanti, talvolta spostato in alto, di maniera che il dito stenta a raggiungerlo (Ravaton, Royer).

La regolarità della base dell'osso lussato, l'assenza di crepitazione ossea, la permanenza della riduzione, permettono di differenziare la lussazione dalla frattura del coccige.

La riduzione è d'ordinario facile ad ottenere, e sembra che essa si mantenga naturalmente; in numerose osservazioni è detto che i malati sono immediatamente guariti. Talvolta, al contrario, lo spostamento si riproduce; forse in questi casi si tratta di fratture. Comunque sia, se la tendenza allo spostamento persiste, può essere necessario mantenere il coccige ridotto con un tamponamento del retto, come si fa per le fratture.

Rottura delle sinfisi durante il parto. — Malgaigne ha descritto colle lussazioni traumatiche, la rottura delle sinfisi durante il parto, separando così nettamente questa lesione dal rilasciamento delle sinfisi osservato durante la gravidanza e che egli mette nella classe delle lussazioni patologiche.

Osservazioni di rottura isolata dell'articolazione sacro-iliaca sono state riferite, dopochè da A. Pareo, da Peu, Smellie, Bach (2). Ma il più delle volte è la sinfisi pubica che è rotta, con o senza disgiungimento delle sinfisi posteriori. Malgaigne ne ha riuniti 17 casi. La primiparità, i restringimenti del bacino per fratture antiche, sono le cause predisponenti più importanti. La rottura delle sinfisi può prodursi durante il parto spontaneo od anche durante un'applicazione di forcipe (Wahl, Adams) (3).

Uno scricchiolio più o meno forte, un vivo dolore a livello della sinfisi rotta, poi la mobilità ed un divaricamento talvolta abbastanza pronunciato, sono i sintomi dai quali si rivela la rottura.

---

(1) Citato da Malgaigne, pag. 786.

(2) Citato da Malgaigne, loc. cit., pag. 795.

(3) Budin, *Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels.* Tesi d'aggregazione. Parigi 1878.

La prognosi, grave in causa delle complicazioni sovente osservate di lacerazione della vescica, dell'uretra, del perineo, ecc., è nondimeno oggigiorno meno oscura di quanto l'aveva indicata Malgaigne; infatti su 17 donne 8 erano morte, ma la morte era dovuta non soltanto alla lunga durata del parto ed allo esaurimento della donna, ma ancora ben sovente all'infezione puerperale.

La cura consiste nel mantenere le ammalate lungamente in letto, sino a completa consolidazione delle articolazioni lese, e nel mantenere le ossa al loro posto per mezzo di un bendaggio bene stretto attorno al bacino. Questo bendaggio può essere in seguito sostituito da una cintura pelvica speciale che le ammalate tengono per un certo tempo, quando cominciano a camminare.

CAPITOLO II.

MALATTIE DELLE OSSA DEL BACINO

I.

OSTEITI DEL BACINO

Si osservano nel bacino le diverse varietà d'osteite; osteomielite traumatica, osteomielite spontanea, osteite tubercolare, osteite sifilitica.

L'*osteomielite traumatica* non presenta nè nei caratteri, nè nell'evoluzione, nulla che possa meritare una descrizione speciale. Essa succede d'ordinario alle fratture con ferite, il più sovente alle fratture prodotte da armi da fuoco, e si accompagna con tutti i fenomeni abituali in questa sorta di lesioni; lo spessore delle parti molli che circondano il bacino, la difficoltà dell'esplorazione e sovente dell'intervento, rendono grave in modo speciale la prognosi. Tuttavia questa prognosi si è d'assai modificata da qualche anno, perchè, grazie all'antisepsi, non v'è più quasi alcuna parte dello scheletro pelvico che sia inaccessibile all'intervento chirurgico.

Non farò pure che ricordare l'*osteite sifilitica* che decorre qui coi suoi caratteri ordinari.

Le *osteiti spontanee*, al contrario, presentano un interesse del tutto particolare, perchè si sviluppano in certi punti d'elezione costituiti dalle epifisi e dalle zone juxta-epifisarie. Esse obbediscono dunque alla legge generale che regge la patogenesi delle infezioni ossee, qualunque sia la loro natura, vale a dire la localizzazione degli agenti infettivi nei punti in cui l'ossificazione è più attiva. L'applicazione di questa legge generale alle osteiti del bacino è stata ben messa in luce da Ollier e da Gouilloud (1).

---

(1) Gouilloud, *Des ostéites du bassin au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement.* Tesi di Lione, 1883.

Lo sviluppo del bacino comprende due periodi (1): l'uno, che va fino alla pubertà, consacrato sopra tutto alla saldatura dei pezzi della cavità cotiloidea; l'altro, che comincia alla pubertà, nel quale si congiungono le epifisi marginali.

Quindi Gouilloud ha divise le osteiti del bacino in due gruppi: 1º osteiti *prima della pubertà;* 2º osteiti *dopo la pubertà.* Le prime hanno quasi sempre il loro punto di partenza nella regione cotiloidea; esse sono intra-cotiloidee o peri-cotiloidee. Tuttavia, se nella pluralità dei casi l'infezione si localizza di preferenza in questa zona di ossificazione così attiva, essa può in altre circostanze manifestarsi altrove, in corrispondenza delle altre zone juxta-epifisarie che sono sede di un accrescimento più lento. Così Lannelongue riferisce un caso di osteomielite della cresta iliaca in un ragazzo di undici anni (2), Giraldès un caso d'osteomielite dell'ischio in un ragazzo di sette anni (3). Queste rare osteomieliti della periferia nel periodo prima della pubertà, sono da Gouilloud designate con nome di sopramarginali, per distinguerle dalle osteomieliti juxta-epifisarie che si mostreranno nella stessa regione allorchè dei nuclei ossei epifisarii avranno sostituite le cartilagini marginali.

Le osteomieliti juxta-epifisarie, marginali, appartengono infatti al secondo periodo dell'ossificazione e possono incontrarsi fino all'età di 25 o 30 anni.

Le osteiti tubercolari si localizzano sovente nelle stesse zone delle osteomieliti acute. Perciò le coxalgie acetabolari sono relativamente frequenti nel periodo che precede la pubertà. Ma la localizzazione è meno esatta per queste osteiti che per l'osteomielite acuta; si possono incontrare in tutte le regioni ed a tutte le età; dopo 30 anni non si osserva nel bacino che l'osteite tubercolare, a meno che si tratti di osteomieliti prolungate, che risalgono all'adolescenza, o di osteomieliti traumatiche.

Anatomia patologica. — Le lesioni non presentano qui niente di particolare. Merita di essere notata soltanto la sede loro. Abbiamo visto le osteiti dell'infanzia

(1) Ollier ha molto chiaramente riassunta questa storia dello sviluppo del bacino, ed io non saprei far di meglio che riportare la sua descrizione.

« Vi sono nell'osso dell'anca due categorie di cartilagini di accrescimento e di punti ossei epifisarii, di cui Charpy e Gouilloud hanno dimostrato bene le differenze dal punto di vista dello sviluppo normale e della patogenesi delle osteiti. La prima comprende i punti d'ossificazione della cavità cotiloidea, che sono in numero di sei, tre principali e tre accessori, che compaiono in epoche variabili nella cartilagine acetabolare. L'ossificazione dell'acetabolo si compie presto. Il punto pubico ed il punto ischiatico si congiungono dai dodici ai tredici anni; il punto iliaco ed il punto ischiatico si riuniscono alcuni mesi più tardi. L'osso intercalare od epifisario, costituito generalmente da tre punti secondari, separa il pube dall'ileo e si congiunge ordinariamente al momento della pubertà. Fino a quel periodo il contorno dell'osso non è occupato che da una zona di cartilagine, la cartilagine marginale. È a sedici anni (Béclard) che i punti epifisarii cominciano a mostrarsi in questa cartilagine periferica. A partire da questa età si vede comparire l'epifisi marginale dell'ileo che procede per punti multipli; a diciotto anni una benda ossea continua va dalla spina iliaca postero-superiore all'antero-superiore; poi compaiono le epifisi della spina iliaca antero-superiore, della tuberosità dell'ischio, dell'angolo e della spina del pube e della spina sciatica » (Ollier, *Traité des résections*, t. III, pag. 921).

(2) Lannelongue, *De l'ostéo-myélite aiguë pendant la croissance*, 1879, pag. 163.

(3) Giraldès, *Maladies des enfants*, 1869, pag. 780.

localizzarsi nella cavità cotiloidea; le osteiti dell'adolescenza hanno tre sedi di elezione: la cresta iliaca, la spina iliaca posteriore e superiore, le masse apofisarie del sacro.

Nell'adulto l'osteite turbercolare occupa più sovente il sacro, il pube o l'ischio, che non l'ileo.

Sintomi e diagnosi. — È necessario studiare separatamente i sintomi delle osteomieliti acute (1) e quelli delle osteiti croniche (2).

A. *Osteomieliti acute.* — Le osteomieliti acute cotiloidee appartengono alla storia delle affezioni dell'articolazione dell'anca. Io non mi occuperò qui che dei caratteri obbiettivi delle osteomieliti dell'ileo, dell'ischio o del pube.

I sintomi generali sono quelli di tutte queste infezioni ossee, assolutamente analoghi a quelli che si osservano nelle osteomieliti delle altre regioni.

La situazione profonda delle ossa fa sì che sovente la lesione rimane in principio ignorata, e l'affezione viene presa per una febbre tifoidea od un reumatismo acuto.

1º *Osteomielite dell'ileo.* — Essa comincia bruscamente con un dolore più o meno violento, accompagnato da una claudicazione più o meno accentuata, e rapidamente diventa impossibile il camminare; nello stesso tempo scoppiano i fenomeni generali abituali e dominano la scena.

Gli ammalati stanno coricati sul lato sano o sul dorso, colla coscia soventi flessa sul bacino (Henry). Si vede apparire sulla natica od alla piega dell'inguine una tumefazione diffusa ricoperta da una pelle appena alterata, ma solcata da vene dilatate. La palpazione fa conoscere, oltre la pastosità profonda, un punto particolarmente doloroso alla pressione (spine iliache, cresta iliaca). Si forma un ascesso sottoperiosteo, che si estende lontano, si porta all'indietro verso la natica e la coscia, in avanti nel triangolo di Scarpa ed anche al di là del medesimo.

Nei casi relativamente favorevoli, il pus si fa strada all'esterno, donde formazione d'una fistola che per lo più occupa la natica, la fossa iliaca esterna, la piega dell'inguine. Lo specillo arriva sopra un punto denudato; talvolta persino una trapanazione spontanea fa comunicare un ascesso esterno con un ascesso interno. Queste raccolte si formano soventi a riprese successive, e da ciò risultano dei tragitti fistolosi multipli con direzioni variabilissime. È raro che l'ileo sia interessato per intero, che le sue epifisi marginali siano completamente scollate. Il fatto è però possibile; Kœnig (3) e Playfair (4) ne riferiscono degli esempi.

Talvolta il pus, dopo aver prodotti dei vasti scollamenti, invade l'articolazione coxo-femorale, l'articolazione sacro-iliaca, o provoca per propagazione un'artrite infettiva di queste giunture. Lannelongue ha osservato una flebite della vena iliaca la quale risaliva sino alla vena cava. Possono qui sopravvenire complicazioni

(1) Fleury, *De l'ostéomyélite de l'os iliaque.* Tesi di Parigi, 1886, n. 241.
(2) Wisard, *Des caries extra-articulaires des os du bassin.* Tesi di Ginevra, 1886.
(3) *Pathologie chirurgicale,* t. III.
(4) *Transact. of the obstet. Soc. of London,* 1877, pag. 142.

viscerali, dovute all'infezione generale, come in tutte le altre osteomieliti; basterà pure accennare alla coesistenza di altri focolai d'infezione in differenti parti dello scheletro (1).

Queste osteomieliti dell'ileo terminano una volta su due colla morte. Quando guariscono, ciò avviene a spese d'una flessione permanente della coscia, di necrosi e di fistole perenni o d'iperostosi e d'anchilosi, capaci, nella donna, di ostacolare il parto. In un caso riferito da Mauny (2), relativo ad un giovane di sedici anni, si era creduto dapprima ad una tubercolosi miliare acuta, grazie all'esistenza d'un ascesso falangeo, nel cui pus si trovavano dei bacilli; un esame più attento mi permise di riconoscere un'osteomielite dell'osso iliaco con frattura spontanea passante per la cavità cotiloidea. La raccolta purulenta intra-articolare fu evacuata e drenata, ma l'ammalato soccombette rapidamente, non ostante l'intervento;

2° *Osteomieliti dell'ischio.* — Esse sono rare, e non se ne conoscono che due casi, dovuti a Giraldès ed a Lannelongue. In entrambi la sede del dolore e della tumefazione, l'esame per mezzo dell'esplorazione rettale, hanno permesso di fare la diagnosi. Con questa localizzazione, gli ascessi tendono a comparire alla parte media del perineo, alla piega glutea ed alla piega genito-crurale;

3° *Osteomieliti del pube.* — Queste osteomieliti sono anche rare, e Secheyron (3), che ha scritto una buona Memoria su questo argomento, non ne ha potuto riunire che 4 casi. Esse sono, come quelle delle altre parti dell'osso iliaco, talora primitive, talora consecutive alla suppurazione d'un organo vicino (organi genito-orinari, flemmoni della cavità di Retzius). Possono succedere ad un trauma con o senza ferita, o collegarsi con un'artrite della sinfisi pubica (stati infettivi, puerperalità). Hanno sede sopra tutto sulla branca discendente ed alla faccia posteriore dell'arcata pubica; si rivelano con un dolore poco pronunciato nel decubito dorsale « e, se non fosse lo stato infettivo che domina la scena, la malattia potrebbe passare per molto benigna ». Queste osteomieliti determinano la formazione di ascessi che si fanno strada alla piega genito-crurale, alla faccia interna della coscia, o si diffondono nell'escavazione pelvica. Talvolta è difficile distinguerli dal flemmone primitivo della cavità di Retzius e dalla miosite infettiva primitiva del grande retto dell'addome.

B. *Osteiti croniche.* — Le osteiti croniche sono frequenti, se si paragonano alle osteiti acute. Esse costituiscono l'antico gruppo, attualmente diviso, delle carie del bacino, di Erichsen. Sono raramente osteomieliti protratte, qualche volta osteiti sifilitiche, d'ordinario osteiti tubercolari.

Queste ultime decorrono quasi sempre in modo insidioso ed i loro sintomi restano per lungo tempo molto oscuri. Il malato si lagna di dolori vaghi, che ulteriormente si circoscrivono in corrispondenza del punto necrosato o cariato. Questi dolori assumono talvolta la forma nevralgica. In un caso di osteite tubercolare, pel quale Delorme (4) fece una resezione parziale dell'osso iliaco, esisteva

---

(1) Fleury, loc. cit. — Dubar, *Progrès méd.*, 1880, VIII, pag. 51.
(2) *Bull. méd.*, 1890, pag. 1133.
(3) *Arch. gén. de Méd.*, 1887, I, pag. 54.
(4) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1886, XII, pag. 284.

una sciatica due anni prima della comparsa dell'ascesso freddo. Nelle osteiti del sacro, non è raro di constatare, in un periodo precoce o tardivo, dei fenomeni midollari variabili.

Bentosto compare una pastosità più o meno apprezzabile secondo la sede della lesione. Poi, sei mesi, un anno dopo i primi fenomeni dolorosi, si mostra l'ascesso freddo, che in un periodo ulteriore produce una fistola. Gli ascessi e le fistole presentano le sedi più svariate, ed è degno di nota quanto si trovano spesso lontane dal punto osseo ammalato. Le fistole sono talvolta multiple, vanno sia verso la pelle, sia verso le parti profonde. L'ascesso può anche aprirsi nel retto o nella vescica, e la sua emigrazione dà luogo a differenti complicanze.

Gli ascessi che nascono sulla faccia posteriore del sacro o nella fossa iliaca esterna presentano generalmente un tragitto poco esteso; sono sessili e restano applicati alla porzione dello scheletro, a spese della quale si sono formati. Lo stesso avviene soventi per quelli che partono dalla cresta iliaca (Terrillon) (1).

Quando l'osteite occupa la faccia anteriore o la totalità del sacro, i guasti sono più serii. Il pus discende tra l'osso ed il retto, compare al perineo, si apre intorno al margine dell'ano e dà luogo ad una fistola osteopatica che non bisogna confondere colle fistole ordinarie dell'ano. In altre circostanze l'ascesso si porta all'indietro, si apre nella pelle, e nello stesso tempo in uno degli organi della escavazione pelvica, dando luogo ad una fistola piostercorale. In un caso ben conosciuto di P. Bérard, esisteva un'apertura alla regione sacrale ed una comunicazione col retto. Le fistole possono aver sede lontano dal punto malato; così, in un caso di Gautier (2), una carie del sacro aveva provocato ad un tempo una fistola inguinale sinistra ed una perforazione dell'ileo. Sono ancora possibili altre eventualità. Si citano dei casi nei quali vennero espulsi dall'ano dei sequestri formati a spese d'una parte del sacro o della totalità del coccige (Joyeux, Gooch) (3). Un fatto più strano è stato osservato da Lisfranc e da lui comunicato all'Accademia di medicina nel 1827: l'ascesso, emanato da una carie del sacro, era risalito per tutta la lunghezza del midollo spinale, e si era spinto sino nei ventricoli cerebrali.

L'ascesso freddo che si forma nella fossa iliaca interna resta lungo tempo limitato, poi il pus, prodotti degli scollamenti, dei diverticoli nell'interno dello psoas, si spinge verso l'arcata crurale, appare nel triangolo di Scarpa e simula a prima vista un ascesso per congestione d'origine vertebrale. Talora circonda l'incisura sciatica per comparire alla natica. Tuttavia Erichsen fa notare che gli ascessi delle osteiti del bacino, che sporgono nella regione del grande trocantere non inviluppano questa apofisi, come ha luogo nella coxite. In altri casi, l'ascesso discende nel bacino e viene ad aprirsi in punti variabili nella vagina, nel retto, ecc. In un'ammalata di Terrillon, un'osteite della spina sciatica aveva provocate delle fistole al triangolo di Scarpa ed alla spina iliaca anteriore e superiore. Quando è ammalata la cresta iliaca, le fistole, soventi multiple, sono poco lontane dal punto malato, ed i sequestri sono facilmente eliminati.

---

(1) *Semaine méd.*, 13 marzo 1884, n. 11.
(2) *Revue méd. de la Suisse romande*, 1890, pag. 187.
(3) Citato da Delens. Tesi di aggregazione, 1872.

Gli ascessi freddi partiti dall'ischio fanno talvolta sporgenza al perineo, come quelli della faccia anteriore del sacro; ma frequentemente si spingono lontano nella profondità della coscia, anche sino al cavo del poplite (Billroth).

Gli ascessi freddi del pube seguono una strada differente, secondo che partono dalla faccia anteriore o dalla faccia posteriore dell'osso. I primi, affondandosi nella massa dei muscoli adduttori sono qualche volta durissimi, elastici, appena fluttuanti e sembrano far corpo collo scheletro; vennero sovente confusi con un encondroma o con un osteo-sarcoma. Quando partono dalla faccia posteriore, i tragitti fistolosi sono generalmente lontani dalla regione pubica; in un caso di Duplay (1), un ascesso ossifluente del margine dell'ano era sintomatico di una osteite della faccia posteriore del pube. Gli ascessi nati dalla branca orizzontale colano sovente nella guaina del pettineo e potrebbero far credere ad un'ernia crurale o ad un aneurisma del triangolo di Scarpa. Le osteiti pubiche si accompagnano talvolta con una complicazione curiosa, la perforazione della vescica per mezzo d'un sequestro che diventa il nucleo d'un calcolo; la perforazione si opera e si ripara talvolta senza che il malato ed il chirurgo se ne accorgano, e senza dar luogo a fistole orinarie. Ollier (2) ha trovato un sequestro pubico, come nucleo d'un calcolo, in una giovane donna che operò per calcolo. Busch (3), Zwicke (4) hanno visto dei piccoli sequestri espulsi spontaneamente coll'orina.

Prognosi. — È inutile insistere sull'estrema gravità delle osteomieliti acute, se un intervento precoce non ne arresta l'evoluzione. Il pronostico delle osteiti croniche del bacino è sempre serio; gli ascessi possono produrre dei guasti molto estesi, scollare i visceri, dar luogo a fistole perenni che si aprono sia all'esterno, sia nell'intestino, talvolta dai due lati nello stesso tempo.

Nelle osteomieliti protratte, la gravità della prognosi dipende dall'estensione delle lesioni locali; ma se l'affezione non dura da troppo lungo tempo, se il malato non è esaurito dalla setticemia cronica, l'ablazione dei sequestri, la disinfezione dei focolai conduce più o meno presto alla guarigione.

L'osteite tubercolare ha una prognosi più oscura. La diffusione frequente delle lesioni tubercolari ad una parte molto estesa del bacino, la generalizzazione della tubercolosi ai polmoni, ai visceri pelvici, al peritoneo, rendono sovente inutile od impossibile ogni intervento chirurgico.

Cura. — La cura presenta le stesse indicazioni che per le osteiti delle altre regioni: 1° evacuare gli ascessi; 2° portar via tutta la porzione d'osso ammalata, sia che si tratti semplicemente dell'estrazione d'un sequestro d'osteomielite, o della resezione più o meno estesa d'un osso tubercolare.

Ma la disposizione ed i rapporti dello scheletro pelvico rendono sovente questa seconda parte dell'intervento molto difficile.

---

(1) Follin et Duplay, *Traité de pathol. externe*, VI, 346.

(2) *Traité des résections*, t. III, pag. 929.

(3) *Gunsb. Zeit.* Breslau 1857, III, pag. 433.

(4) *Charité-Annalen*, t. XII, pag. 539, 1882.

L'incisione degli ascessi, dei tragitti fistolosi, deve essere ampia da permettere una disinfezione completa del focolaio ed un accesso più facile sino alla lesione ossea.

La trapanazione del bacino non richiede per la cura delle osteiti un luogo d'elezione fisso, come quello indicato per l'evacuazione degli ascessi iliaci profondi (V. *Psoite*).

Il luogo d'elezione della perforazione sarà qui determinato dalla sede stessa dell'ascesso intra-osseo o sotto-periosteo. Talvolta saremo guidati da una fistola sino al punto malato, talvolta è la localizzazione netta del dolore che rivelerà la sede del focolaio osseo.

La trapanazione venne quindi fatta su quasi tutti i punti della fossa iliaca; presso la cresta, nelle vicinanze della spina iliaca posteriore e superiore, tra le due spine posteriori, ed un po' all'indentro di esse. In un caso, Terrillon (1) fece la trapanazione dietro la cavità cotiloide, al di sopra della spina sciatica, nella parte più spessa dell'osso ed un po' al di sotto del distretto superiore.

La trapanazione fatta per evacuare questi focolai d'osteite o gli ascessi che loro sono vicini deve essere sufficientemente larga da permettere una facile disinfezione. Se dunque, dopo aver fatta una prima perforazione, essa non sembra sufficiente, non bisogna esitare a praticarne una seconda o ad allargare la prima.

Raggiunto il focolaio, aperti largamente gli ascessi, è necessario curare la lesione ossea. Se si tratta di un'osteomielite prolungata, bisognerà esportare il sequestro, sovente costituito da un intero pezzo osseo, ischio, branca del pube, ala del sacro, ecc. Nel caso di osteite tubercolare si giungerà collo scucchiaiamento, collo svuotamento per mezzo della sgorbia o del raschiatore, a portare via tutta la porzione malata. Queste resezioni possono essere estese e dànno nondimeno dei buoni risultati. Larghi (2), dopo una resezione sotto-periostea della più gran parte dell'osso, compresa tra il sacro e la cavità cotiloide, ha visto l'osso riprodursi. Ollier ha ottenuto pure la riproduzione della branca ischio-pubica.

Tuttavia non è raro, checchè si faccia, di veder persistere delle fistole e la tubercolosi invadere a poco a poco le porzioni vicine dell'osso iliaco.

Succede la stessa cosa per le osteiti tubercolari del sacro. Si sono praticate delle resezioni del coccige, delle resezioni parziali del sacro. Lisfranc aveva già dimostrato che è possibile asportare a tutto spessore l'estremità inferiore del sacro per un'altezza di 2 centimetri, senza interessare la regione completamente chiusa del canale sacrale. Ollier ha preconizzato per l'ablazione totale del sacro un processo che consiste « nell'isolare in una massa unica tutto il contenuto del sacro, nervi, meningi e tessuti connettivi perimeningei. A questo scopo, si distaccano in corrispondenza dell'apertura inferiore del canale sacrale tutti i tessuti fibrosi che vi si trovano; si sollevano dal basso in alto e, a misura che si fa la separazione col distaccaperiostio, si escide l'estremità inferiore dell'osso, esportandolo a pezzetti colle forbici osteotome o con forti tanaglie a sgorbia ». Si può allora, facendo saltare la parete posteriore, arrivare con una « escisione frammentaria dell'osso » a resecarlo per intero, conservando intatto tutto il pacco

(1) Terrillon, *Bull. de la Soc. de Chir.*, 6 novembre 1889.

(2) Larghi, *Gaz. méd. de Paris*, 1859. Citato da Ollier, loc. cit., 925.

meningeo. Le tre ultime paia di nervi sacrali possono essere sezionate, le altre debbono essere accuratamente conservate. Ollier ha applicato una volta questo processo per un'osteite tubercolare; non vi ebbe alcun fatto meningeo; ma il malato soccombette ai progressi della tubercolosi polmonare.

II.

TUMORI DELLE OSSA DEL BACINO

I tumori delle ossa del bacino, primitivi o secondari, non sono molto frequenti, e la letteratura medica non è ricca di Memorie su questo argomento.

In prima linea devono essere collocati l'osteo-sarcoma e l'osteo-carcicoma; in seguito le esostosi, i condromi, i fibromi e le cisti idatiche. Dopo aver descritto le particolarità di ciascuno di questi tumori, io ne esporrò, in un capitolo sommario, la diagnosi, la prognosi e la cura, come fece Havage (1) in una tesi eccellente.

I. — DEI TUMORI DELLE OSSA DEL BACINO IN PARTICOLARE

A. — OSTEO-SARCOMI.

Sotto il nome di osteo-sarcomi del bacino, si comprendono tutti i tumori maligni delle ossa, capaci di recidivare e di generalizzarsi. Havage nella sua tesi ne ha riuniti 54 casi, ai quali bisogna aggiungere qualche osservazione più recente che si troverà menzionata nel corso della descrizione.

Eziologia. — Contrariamente alla maggior parte dei sarcomi ossei che si osservano di preferenza nell'uomo, prima dell'età di trent'anni, quelli del bacino colpiscono i due sessi con una frequenza pressochè uguale, e si incontrano sopra tutto nell'adulto dai trenta ai cinquant'anni. Essi sono anche rari tanto nell'infanzia quanto nell'età avanzata. Tuttavia una delle osservazioni di Havage si riferisce ad una bambina di sei mesi, curata da Rendu per un sarcoma fluttuante della fossa iliaca esterna; e dopo l'età di sessant'anni se ne citano ancora alcuni casi (5 casi nella tesi di Havage).

L'eredità ha in questo caso una parte tutt'affatto accessoria; però l'esistenza di fatti antecedenti è notata in alcune osservazioni (osservazione di Havage, osservazione di Courty) (2).

L'osteo-sarcoma può interessare primitivamente o secondariamente le ossa del bacino. Se è secondario, esso nasce per propagazione d'un'affezione analoga delle regioni vicine (cancro [? D. G.] dell'utero, dei ganglii del piccolo bacino) (3); ma ciò

(1) Havage, *Étude clinique sur les tumeurs des os du bassin et sur l'ostéo-sarcome en particulier*. Tesi di laurea. Parigi 1882.

(2) Courty, *Dict. encycl.*, art. Bassin.

(3) Osservaz. 2, 5, 34, 36, 40 della tesi di Havage.

è raro, ed è degno di nota il fatto che i neoplasmi dell'osso iliaco guadagnano frequentemente il femore, mentre la propagazione inversa è eccezionale. In caso di generalizzazione può essere invasa la cintura pelvica, come gli altri pezzi dello scheletro. Verneuil (1) ha visto un cancro dell'osso iliaco e del sacro consecutivo ad uno scirro atrofico della mammella. Fatti analoghi sono stati riferiti da Jones, Gross (2) e da altri autori.

Ma il più delle volte l'osteo-sarcoma è primitivo. Due ordini di cause occasionali sembrano favorirne lo sviluppo o precipitarne il decorso: la gravidanza ed i traumatismi.

In una sola seduta della Società anatomica, nel 1850, vennero riferiti 9 casi, nei quali l'influenza della gravidanza era evidente. Broca ha insistito sulla frequenza di questi tumori nelle donne già madri. Un'osservazione di Gussenbauer (3) è relativa ad un sarcoma melanico dell'osso iliaco, in una donna che aveva avuto sette figli. Un'altra osservazione dello stesso autore concerne un sarcoma mielogeno del sacro in una donna di trentatrè anni, che aveva avuto sette gravidanze.

Più importante ancora sembra essere la parte che spetta al trauma. Nella maggioranza dei casi, gli ammalati accusano una caduta sull'ischio, un colpo, una contusione, e sembra che qualche volta (Th. Anger) una bozza sanguigna abbia preceduto la comparsa del neoplasma. Oltre i fatti segnalati da Havage, ricorderò un fatto di Jürgens (4), relativo ad un grosso sarcoma che apparve un anno dopo una caduta, occupava la metà sinistra del bacino ed inglobava la vescica ed il retto. In un'osservazione di Gussenbauer si tratta d'un uomo che, in seguito ad una caduta sull'ischio, risentì nella parte superiore della coscia dei dolori vivissimi. In capo a tre mesi, i dolori erano diventati più acuti e si sviluppò un sarcoma nella fossa iliaca esterna. I traumatismi leggeri: fatiche, marcie forzate, hanno talvolta gli stessi effetti dei traumatismi gravi.

Anatomia patologica. — Gli osteo-sarcomi sono talvolta periostei, talora midollari; vi si osservano tutte le varietà istologiche dei sarcomi. La loro sede d'elezione è la parte media dell'osso iliaco (41/54, Havage), cioè la regione delle fosse iliache interna ed esterna. Però essi possono ugualmente cominciare nel pube, nel sacro, nell'ischio, in corrispondenza della sinfisi sacro-iliaca, ecc. Costituiscono dei tumori voluminosi e bernoccoluti, che raggiungono soventi delle dimensioni enormi. Essi si estendono alla superficie della fossa iliaca senza giammai peduncolarsi, formando, secondo i casi, dei tumori iliaci o glutei. La loro consistenza è ineguale, sovente elastica, o quasi fluttuante.

---

(1) Verneuil, Osserv. di Bourdon, *Squirrhe atrophique du sein gauche. Cancer des côtes, os iliaque et sacrum. Paraplègie* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1872, pag. 203).

(2) Jones, *Sarcome des vertèbres, du sacrum, de l'os iliaque et du sternum* (*Saint-Barthol. hosp. Rep.*, XX, pag. 225). — Gross, *Extens carcinosis of the osteous system and liver consecutiv to scirring of the mamma* (*Philadelphia med. Times*, 1879-80, X, pag. 358).

(3) Gussenbauer, *Ein Beitrag zur Extirpation von Beckenknochengeschwülsten* (*Zeitschrift für Heilkunde*, Bd. XI, pag. 473).

(4) Jürgens, *Berliner klin. Wochensch.*, 17 dicembre 1888.

Il sarcoma centrale forma sovente una tumefazione diffusa dell'osso iliaco (fig. 43). Questo ispessimento può simulare una osteo-periostite, e ciò tanto più

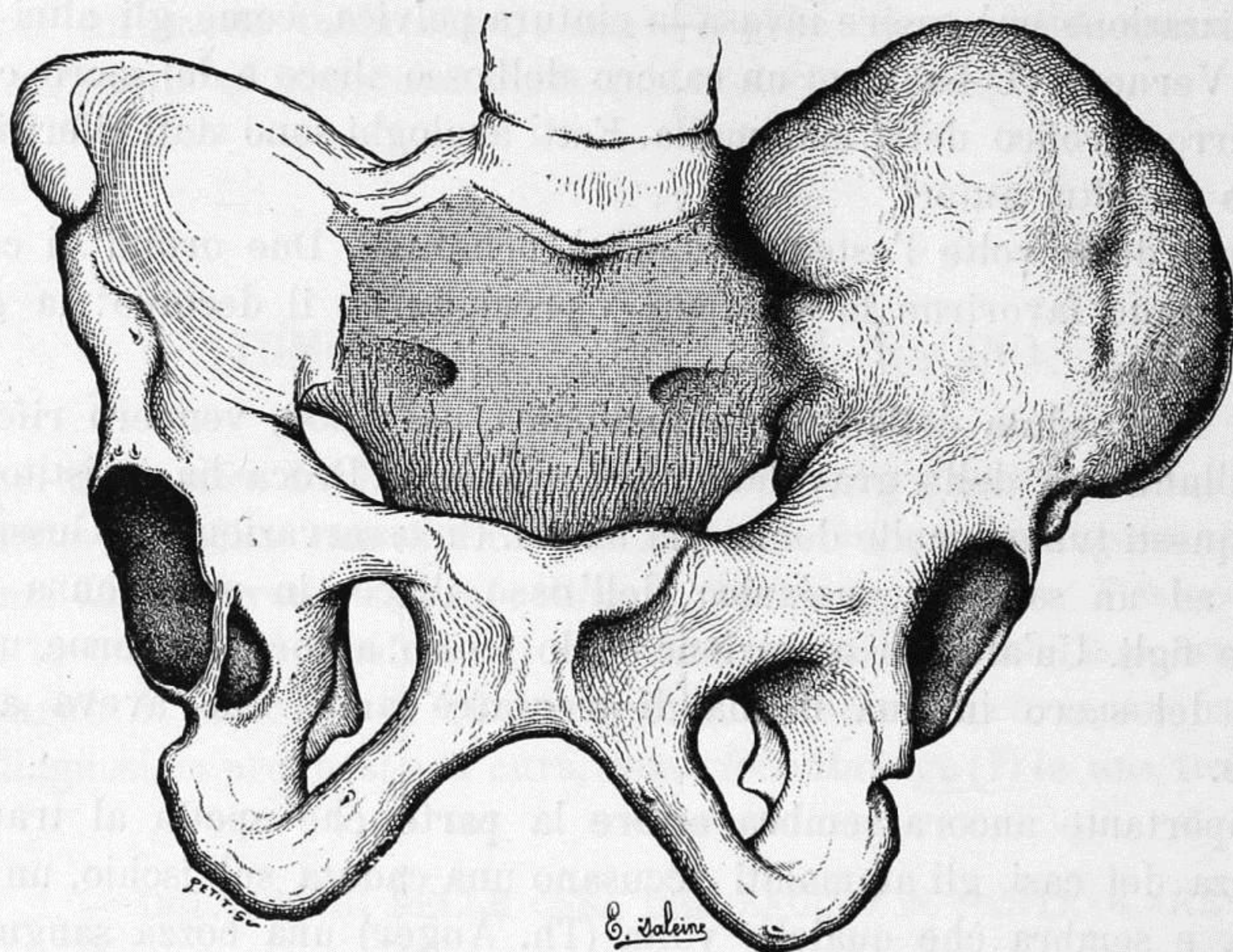



Fig. 43. Sarcoma centrale dell'osso iliaco sinistro.
Deformazione caratteristica dell'ala iliaca, della branca ileo-pubica e del pube (Osservazione personale).

facilmente in quanto che il sarcoma compare spesso in un punto anteriormente colpito da un trauma. Kœnig (1) cita un caso nel quale l'ileo intiero sembrava aumentato di volume, il tumore sembrava di natura infiammatoria, e soltanto il suo accrescimento rapido permise di fare la diagnosi esatta: sarcoma mieloide. Un osteo-sarcoma della fossa iliaca, descritto da Havage, fu dapprima preso per una periostite sifilitica. Nei carcinomi, sovente secondari, l'osso viene rapidamente distrutto, ed il tumore sorpassa i limiti dell'osso (fig. 45).

Qualunque sia l'aspetto, il volume, la forma, la consistenza del neoplasma, esso non tarda ad estendersi e ad invadere le parti vicine, inglobando i vasi ed i nervi, determinando l'atrofia semplice o la degenerazione cancerosa dei muscoli. Ma è degno di nota

Fig. 44. — Cancro del bacino (Museo Dupuytren).

(1) Kœnig, *Traité de Path. chir. spéciale*, trad. franc., t. III, pag. 341.

il vedere quanto a lungo rimangono rispettati i tegumenti; semplicemente respinti ed assottigliati, talvolta solcati da grosse vene e da linfatici ipertrofici (Adams) (1), essi aderiscono tardivamente al tumore e la loro ulcerazione è eccezionale.

Il tumore, quando è intrapelvico, comprime i visceri della cavità addominale. Si citano dei casi di spostamento del retto, di restringimento dell'intestino tenue, di compressione e di deviazione della vescica e dell'uretra. In un caso (2) l'uretere sinistro era completamente impermeabile.

Non è raro vedere il neoplasma invadere secondariamente il sacro od il femore. Il sarcoma del sacro (3) invece si propaga più volontieri alla colonna vertebrale che all'osso iliaco. In un caso di mixo-sarcoma del sacro (Gussenbauer) la 4ª e la 5ª vertebra lombare erano press'a poco distrutte; le altre vertebre lombari erano prive dei loro archi posteriori. L'articolazione dell'anca è interessata più sovente che non pensasse Gillette (4), e, secondo Havage, le due condizioni anatomiche le quali favoriscono la propagazione del sarcoma iliaco alla giuntura ed all'estremità superiore del femore, sono da una parte la presenza nella cavità cotiloidea d'un punto sprovvisto di cartilagine; dall'altra parte, l'inserzione in questo punto d'un legamento che attacca l'osso iliaco alla testa del femore.

Fig. 45. — Osso iliaco invaso nella parte media da un tumore epiteliale secondario ad un epitelioma della faringe (Lancereaux, *Traité d'anatomie pathol.*, vol. III, 1ª parte, p. 124).

L'infezione ganglionare parrebbe eccezionale (6/54 Havage); tuttavia Gussenbauer segnala delle lesioni nelle ghiandole inguinali, iliache e lombari, constatate all'autopsia d'un sarcoma melanotico dell'osso iliaco, recidivato in sito.

La generalizzazione è più frequente; la si osserva in media 1 volta su 4. Gli organi più sovente invasi sono dapprima il polmone (5), poi i reni, la milza, il fegato, il cuore. Non è raro di trovare dei nuclei nel femore, nei corpi vertebrali, nelle coste, nell'omero, nelle ossa del cranio, ecc. Questi tumori possono essere realmente dovuti alla generalizzazione del tumore maligno iliaco, od anche sorgere contemporanei in un'invasione primitiva di parecchie ossa.

(1) John Adams, *The Lancet*, 1852, t. I, pag. 9.

(2) *The Lancet*, 1872, t. II, pag. 782.

(3) Chiari, *Ueber zwei Fälle von Tumor des Beckens und zwar des Os sacrum* (*Wiener med. Wochenschrift*, 1878, n. 9).

(4) Gillette, Società di Chirurgia, seduta del 26 gennaio 1876.

(5) Knight, *Med. Times*, 1885, pag. 669.

Sintomi. — Si possono distinguere tre periodi nell'evoluzione degli osteo-sarcomi del bacino: un periodo di dolori, un periodo di tumore, ed un periodo di cachessia (Havage).

1° *Periodo iniziale o dei dolori.* — Benchè l'affezione possa annunciarsi con perturbazioni funzionali degli organi del piccolo bacino, con uno sconcerto dello stato generale; benchè il tumore possa essere la prima manifestazione clinica, di regola il dolore è il fenomeno iniziale (7 volte su 10, Havage). Esso offre dei caratteri variabili. Ora puramente locale, risiede nel punto in cui ben presto apparirà il tumore ed irradia verso l'inguine, i lombi, e sopra tutto verso la natica; ora esso è diffuso, male limitato, di carattere reumatico; ora infine simula una nevralgia sciatica. Havage insiste sulla subitaneità del dolore e le attribuisce un grande valore diagnostico e prognostico. Questo dolore subitaneo, atroce, sopravviene talvolta in mezzo ad un buono stato di salute. Così un uomo vien côlto d'un colpo, nella via, da un dolore così vivo in corrispondenza della piega inguinale, che cade (oss. 41). Una donna sta seduta durante un quarto d'ora sopra una panca di pietra di una pubblica passeggiata; quando si alza, sente nell'anca un vivo dolore che le rende impossibile il camminare. In questi due ammalati, si palesò alcuni mesi dopo un osteosarcoma nel punto che era stato sede di questo dolore violento.

Tal modo di esordire si incontra sopra tutto nei neoplasmi dell'osso iliaco. In quelli del sacro, i dolori sembrano aumentare progressivamente. In un caso di sarcoma mielogeno riferito da Gussenbauer, l'affezione cominciò immediatamente dopo una gravidanza, ad un tempo con dolori ad esacerbazioni notturne e con un tumore della regione sacro-glutea sinistra, che si aperse molte volte nel retto e nella vagina, da cui colava una grande quantità di pus fetidissimo.

2° *Periodo di stato e di tumore.* — Il tumore duro, fluttuante od elastico, presenta in certi casi il fenomeno della crepitazione pergamenacea, indicante un sarcoma centrale. Alcuni tumori sono pulsatili, hanno movimenti d'espansione, veri battiti, e offrono all'ascoltazione un soffio sincrono colla diastole arteriosa.

Per lo più bernoccoluto ed irregolare, il tumore fa intimamente corpo coll'osso sottostante ed acquista rapidamente un volume considerevole. Esso occupa, ora la fossa iliaca esterna, ora le due fosse ad un tempo. Quando si tratta d'un sarcoma del sacro, lo si vede estendersi alla regione sacrale ed alla natica; ma quando occupa la faccia anteriore dell'osso, o la parte dell'ileo sottostante al distretto inferiore, riempie sovente tutto il piccolo bacino e non diventa bene riconoscibile che all'esplorazione rettale o vaginale. Si comprendono facilmente le variazioni obbiettive che imprimono al tumore la sua sede e la sua natura. I disturbi funzionali variano secondo la sede: fenomeni nevralgici lungo gli sciatici, con disturbi sensitivi, motori, vaso-motori, secretori e trofici; compressioni vascolari, edema unilaterale, costipazione, persino ostruzione intestinale; disuria e ritenzione d'orina, infine impotenza funzionale e deviazioni dell'arto inferiore, che può simulare una coxalgia od una sacro-coxalgia (Trélat) (1), (Albert) (2). La febbre dei neoplasmi di

---

(1) Trélat, Osserv. 43 della tesi di Havage.

(2) Albert, *Sarcome du bassin simulant une coxalgie* (*Berliner klin. Woch.*, 4 giugno 1883).

Verneuil sembra frequente nel corso degli osteo-sarcomi del bacino. Sovente si è notata pure un'elevazione della temperatura locale. Come negli altri sarcomi, i dolori vivi contribuiscono potentemente ad indebolire il malato.

3º Il *periodo della cachessia* non presenta qui nulla di speciale, a parte la rapidità colla quale si svolge. I dolori, i disturbi funzionali aumentano ancora di intensità, il dimagramento si accentua, mentre gli arti inferiori sono la sede di un edema talvolta inegualmente sviluppato dai due lati. Il tumore acquista delle dimensioni considerevoli e può ulcerare la pelle.

Decorso. — Il decorso degli osteo-sarcomi del bacino è variabile; esso può essere lento negli individui vecchi, e si vedono degli ammalati nei quali la sciatica costituisce per molti anni il solo fenomeno precursore. Negli individui giovani, i fenomeni si svolgono talvolta con una spaventevole rapidità. Altre condizioni, come una gravidanza intercorrente, un intervento chirurgico intempestivo, imprimono uno stimolo all'evoluzione di questi osteo-sarcomi. Si conosce quanto varii la loro *durata;* Havage la calcola da sedici mesi in media; ma questi tumori possono uccidere in tre mesi, come in sei anni, e la morte sopravviene sia per marasma, sia per complicazioni viscerali, di cui le più importanti sono le embolie pleuro-polmonari e le embolie cerebrali.

B. — ESOSTOSI

Come altrove, conviene riservare questo nome alle produzioni anormali e circoscritte del tessuto osseo, che fanno sporgenza alla superficie dell' osso. Gli ostetrici del principio di questo secolo le consideravano come frequenti e vi comprendevano i calli deformi. In realtà esse sono rare; tuttavia se ne è esagerata la rarità.

Eziologia ed anatomia patologica. — Nell'adulto, esse riconoscono per causa, secondo Havage, la scrofola, la sifilide, il reumatismo, la gotta. Sopra 6 osservazioni che egli riferisce, 2 solamente riguardano uomini, quelle di Duplay (1) e di Regnoli e Rognetta (2). Il traumatismo è la causa occasionale più spesso citata. In questa classe, alcuni autori comprendono le spine ossee che si trovano sui bacini rachitici. Queste spine hanno sede sopratutto sul contorno del distretto superiore, vale a dire sulla cresta del pube, sull'eminenza ilio-pettinea ed a livello del promontorio. Generalmente piccole, acuminate, in forma di dardo, possono acquistare una lunghezza notevole. Così Leopold (3) ha vista una spina di 8 centimetri impiantata sulla fossa iliaca interna. Le spine non sono vere esostosi.

Nei vecchi, e sopra tutto nelle donne, si incontra una varietà di esostosi, la cui causa intima è sconosciuta. Robert, Poulet e Bousquet, segnalano in corrispondenza dell'articolazione sacro-iliaca delle esostosi collegate all'artrite deformante senile.

---

(1) Duplay, Tesi di Havage, pag. 116.
(2) Rognetta, *Gazette médicale de Paris,* 1885, pag. 259.
(3) Leopold, *Arch. f. Gynæk.*, 1872, t. IV, pag. 336.

Quanto alle esostosi vere, che sono le esostosi osteogene, esse esistono nel bacino come in qualunque altro luogo; sono soventi ereditarie. Braun (1) ha visto in un giovane di diciotto anni, un'esostosi cartilaginea che partiva dalla spina iliaca anteriore e superiore; le altre parti dello scheletro erano normali. Legroux (2) segnala una ipertrofia considerevole della cresta iliaca in un caso d'esostosi osteogene multiple.

Maclean (3) riferisce una bella osservazione d'esostosi multiple spugnose ereditarie. In 4 fanciulli da otto a sedici anni, esistevano 79, 108, 83 e 101 esostosi. La maggior parte di esse occupavano le ossa lunghe; ma l'osso iliaco, particolarmente la sua porzione marginale, non era risparmiato. In una giovinetta di quattordici anni affetta da esostosi cartilaginee multiple e da arresto di sviluppo delle membra toraciche ed addominali, Bessel-Hagen (4) ha trovato nel bacino delle piccole esostosi in corrispondenza delle spine iliache posteriori. In un uomo di cinquant'anni, esisteva assieme ad altre lesioni di accrescimento, una grossa esostosi del volume d'un pomo, nella fossa iliaca esterna, immediatamente al disotto della cresta iliaca. In un giovinetto di quindici anni, affetto da esostosi cartilaginee multiple, da scoliosi, da anomalie di sviluppo delle coste, delle scapole e dell'osso iliaco, da arresto di sviluppo e da incurvamento delle membra, Bessel-Hagen ha riscontrato, oltre a numerose esostosi disposte lungo la cresta iliaca, una grossa esostosi della parte posteriore della fossa iliaca esterna talmente voluminosa, che la prominenza glutea corrispondente era sostituita da una depressione profonda posta fra l'esostosi e la regione trocanterica. Questi pochi esempi, che sarebbe facile moltiplicare, provano che in caso di esostosi multiple di sviluppo, il bacino può essere invaso come le altre parti dello scheletro. Ma le esostosi limitate all'osso iliaco o al sacro nell'adolescente sono rare; esse si osservano un po' più tardivamente che le esostosi degli arti, e ciò sta in rapporto coll'epoca d'accrescimento delle epifisi della cresta iliaca e dei margini del sacro.

Sintomi. — Le esostosi osteogene occupano i punti che noi abbiamo indicato più sopra. Quanto alle esostosi dell'adulto, esse hanno sede sopra tutto, secondo Havage, al sacro, sul pube, e sono rare sulle parti laterali del bacino. Sono tumori poco dolorosi, di consistenza eburnea, generalmente poco voluminosi. Tuttavia Kraus e Moreau ne hanno citate alcune che riempivano tutta l'escavazione del bacino. Si possono dividere in extrapelviche ed endopelviche.

Le prime dànno luogo a fenomeni di compressione abbastanza vaghi, esse possono ostacolare i movimenti della coscia o l'inclinazione della colonna vertebrale.

Nel caso citato più sopra di Braun, il paziente sembrava affetto da un'anchilosi completa dell'articolazione dell'anca. Soltanto l'operazione permise di riconoscere una grossa esostosi, che discendeva dalla spina iliaca antero-superiore nei muscoli

---

(1) Braun, *Deusche Zeitschrift f. Chir.*, t. XXX, pag. 199.
(2) Legroux, Soc. med. degli Ospedali, seduta del 4 luglio 1890.
(3) Maclean, *Multiple cancellous exostoses* (*Bristol med.-chir. Journal*, dicembre 1890).
(4) Bessel-Hagen, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlino 1891, t. XLI, pag. 420 e seguenti.

della coscia, raggiungeva una lunghezza di 9 centimetri, e si opponeva alla più leggiera flessione del femore. L'ablazione dell'esostosi permise tosto i movimenti della coscia in tutti i sensi.

Le esostosi endopelviche producono dei seri disturbi funzionali. Oltre all'ostacolo che frappongono al parto, provocano talvolta la ritenzione d'orina (John Lever, Boyer), l'ulcerazione della vescica (Bouilly). Quest'ultima complicazione si riscontra sopra tutto nelle esostosi senili del pube nelle donne vecchie, segnalate da Robin e studiate da Féré (1). Secondo quest'ultimo autore queste esostosi non sono rare (16 per 100); esse si compongono di due spine sviluppate dalla faccia posteriore di ciascun pube e separate da un vestigio del legamento interosseo.

Manley (2) segnalò recentemente una complicazione tutt'affatto eccezionale: la frattura delle esostosi pubiche.

C. — ENCONDROMI

Gli encondromi sono stati bene studiati da Dolbeau (3) nel 1860. Essi costituiscono, dopo i sarcomi, i neoplasmi meno rari delle ossa del bacino. Alle 22 osservazioni raccolte nella tesi di Havage, noi possiamo aggiungerne alcune altre dovute ad Hille (4), Israël (5), Bergmann (6), Roux (7), Potter (8), Clark (9), Billroth (10), Gussenbauer (11), ecc., per non citare che le più importanti.

---

(1) Féré, Nota comunicata ad Havage. Tesi citata, pag. 50.

(2) Manley, *A unique case of fractured exostosis*, nel *Lancet*, 28 settembre 1889. Un giovane di diciannove anni, che prima aveva sempre goduto buona salute, e da oltre un anno soffriva d'un dolore poco vivo nella coscia sinistra, risentì tutto ad un tratto un dolore violentissimo in seguito ad uno sforzo fatto per sollevare un pesante carico. Dovette cessare di lavorare, si pose a letto ed in capo a sedici giorni si constatò un enorme flemmone della coscia che discendeva sino al ginocchio e risaliva nell'addome. Nessun segno indicava l'origine di questa raccolta. Dopo averla incisa, Manley riscontrò nella parte superiore della sacca, al davanti della branca orizzontale del pube, un corpo duro, conico, della lunghezza della mano, in rapporto all'infuori coll'arteria femorale. Questo corpo leggermente mobile fu levato in capo ad alcuni giorni; esso sembrava costituito dal pube e dalla sua branca discendente. Il malato morì e l'autopsia permise di riconoscere che il pube sinistro era al suo posto e perfettamente costituito. Ma sulla faccia anteriore della sua branca orizzontale, in immediata vicinanza della cavità cotiloidea, sotto lo psoas, esisteva una sporgenza, la cui faccia libera presentava i caratteri d'una frattura recente. Il corpo straniero levato era dunque un'esostosi.

(3) Dolbeau, *Mémoire sur les tumeurs cartilagineuses ou enchondromes du bassin*, nel *Journal du Progrès*, 1859-60.

(4) Hille, *Ein Beitrag zur Lehre von Enchondrom*. Marburg 1880.

(5) Israël, Estirpazione di un osteocondroma del bacino in un uomo di 23 anni (*Berlin. klin. Woch.*, 12 luglio 1886).

(6) Bergmann, Estirpazione di un encondroma del bacino con legatura della arteria e della vena iliache primitive. Guarigione (*Deutsche med. Woch.*, n. 42, 1885).

(7) Roux (di Losanna), *Résection complète de l'os iliaque du côté droit pour chondro-sarcome.* Congresso francese di Chirurgia, seduta dell'8 ottobre 1889 (sera).

(8) Potter, Un caso di encondroma del bacino (*Westminster hosp.* Londra 1887, pag. 170).

(9) Clark, Encondroma del bacino (*Saint-Thomas hosp. Rep.*, 1887. Londra 1889, pag. 17).

(10) Billroth, Condroma enorme del pube (*Wien. med. Woch.*, 1875, pag. 26).

(11) Gussenbauer, loc. cit., osserv. IV e VII.

Eziologia. — Si sa ben poco sull'eziologia degli encondromi del bacino. Sembra che gli uomini siano affetti un po' più soventi delle donne. Al contrario degli altri encondromi, essi sembrano sopra tutto frequenti negli adulti fra i trentacinque ed i cinquant'anni.

Havage menziona come cause predisponenti, l'eredità ed i traumatismi; egli non ammette alcuna influenza della gravidanza.

Anatomia patologica. — Alcuni encondromi, nati dal femore, possono invadere secondariamente il bacino, sia distendendosi sulla sua faccia esterna, sia penetrando per una delle incisure che fanno comunicare la pelvi colla coscia. Di questi tumori non dobbiamo qui occuparci.

Dal punto di vista pratico, bisogna, con Desault, dividere gli encondromi primitivi del bacino in due categorie: 1° quelli che nascono sulla superficie esterna della pelvi; 2° quelli che si sviluppano alla faccia interna del bacino.

Gli *encondromi endopelvici* sarebbero più frequenti a sinistra (Dolbeau); essi s'impiantano ordinariamente sul sacro o sull'osso iliaco, in vicinanza della sinfisi che li unisce; frequentemente partono pure dalla fossa iliaca interna o dalla cresta dello stesso osso; talvolta infine essi si sviluppano al davanti del sacro e delle ultime vertebre lombari.

A questa classe appartiene il caso di Fichte (1), nel quale il tumore, nato dalla parte anteriore dell'interlinea sacro-iliaca, si estendeva sino alle coste inferiori, aveva raggiunta la fossa iliaca esterna e provocata la scomparsa del tessuto osseo. Sovente (Gussenbauer) questi tumori sembrano applicati alla fossa iliaca interna. È raro vederli impiantati sulle pareti dell'escavazione pelvica.

Gli *encondromi estrapelvici* hanno per sede d'elezione il pube e la branca ischio-pubica, donde tendono a guadagnare la parte antero-superiore della coscia.

Gli encondromi del bacino hanno un volume che varia tra quello d'una noce e quello dei tumori più considerevoli dell'addome. Possono acquistare delle proporzioni veramente enormi. Se ne videro di quelli che pesavano 13 chilogrammi e misuravano un metro di circonferenza (Holteaux) (2), altri che discendevano sino alle ginocchia (Letenneur) (3).

Al principio, l'encondroma si presenta sotto forma d'una massa bernoccoluta, di consistenza cartilaginosa; talvolta esso si rammollisce, la sua consistenza diventa ineguale, sovente anche fluttuante, grazie alla degenerazione cistica o colloide che è propria di questi tumori cartilaginosi.

Il contenuto può anche essere viscoso, di color cioccolatte, e si comprende come questi neoplasmi abbiano potuto essere confusi con tumori fibro-cistici multiloculari dell'ovaio (François) (2). In casi più rari, degli elementi sarcomatosi vengono a modificare l'aspetto e l'evoluzione del tumore (condro-sarcomi).

---

(1) Fichte, *Ueber das Enchondrom.* Tubinga 1850, pag. 50.

(2) Holteaux, *The Lancet*, 1856, t. II, pag. 696.

(3) Letenneur, *Mem. di Dolbeau*, osserv. XII, pag. 33.

(4) François, *Contribution à l'étude de l'enchondrome du bassin.* Tesi di Parigi, 1876.

Si citano alcun fatti di condromi osteoidi (Forward) (1) e di encondromi maligni accompagnati da esostosi cartilaginose multiple (Virchow) (2).

Infine i condromi non sono sempre limitati al bacino, ma possono nello stesso tempo trovarsi in parecchie ossa dello scheletro, nello sterno per esempio (Gussenbauer).

Questi neoplasmi si propagano in diverse direzioni; si vedono raggiungere il femore, il canale rachidiano, i ganglii linfatici dell'inguine e della fossa iliaca (Weber), spingere dei prolungamenti nelle vene iliache primitiva ed esterna, nella vena femorale (3). Inoltre, possono infettare a distanza i sistemi linfatici e venosi, e generalizzarsi come gli altri encondromi (Michaloff) (4), o recidivare in sito (Vartman) (5).

Sintomi. — Gli encondromi estra-pelvici si presentano sotto forma di tumori qualche volta iliaci, più soventi inguinali. Verneuil (6) ne ha data una buona descrizione: « Si vede, egli dice, che il tumore, nato ordinariamente senza causa nota, solleva primieramente la piega inguinale al disopra, al disotto od allo indietro dell'arcata crurale; che di là si estende verso l'addome, la fossa iliaca, la cavità pelvica, il triangolo di Scarpa; che, fisso e fortemente aderente fin dall'origine, esso conserva una durezza grandissima fino a che è di un volume mediocre; che offre al contrario delle gibbosità rammollite quando acquista dimensioni considerevoli; che, circoscritto od esteso, la sua superficie è sempre ineguale, mammellonata, rugosa; che, quasi indolente per tutta la sua durata, esso non determina che dei disturbi meccanici in relazione coi suoi rapporti e colla direzione nella quale progredisce: imbarazzo nei movimenti della coscia, edema, ecc. ».

Gli encondromi intra-pelvici rassomigliano a tutti i tumori del grande e del piccolo bacino. Possono passar lungo tempo inosservati, perchè, indolenti per sè stessi, non provocano che dei fenomeni di compressione poco accentuati, qualche dolore nei lombi, nelle fosse iliache ed un certo imbarazzo nel camminare. L'edema, la nevralgia sciatica, i fenomeni midollari, così frequenti nel corso dell'osteo-sarcoma, non si osservano che molto eccezionalmente nei tumori cartilaginosi.

Questi neoplasmi hanno un decorso lento, una lunga durata; quando hanno acquistato un volume considerevole, si accompagnano colla cachessia ordinaria dei grossi tumori addominali.

D. — FIBROMI

Si usa separare, invero abbastanza arbitrariamente, dal gruppo dei fibromi delle pareti addominali o tumori fibrosi peri-pelvici, alcuni fatti isolati di fibromi

(1) Forward, *Philadelphia med. Times*, 1881-82, t. XII, pag. 538.
(2) Virchow, *Charité-Ann.*, 1878. Berlino 1880, pag. 736.
(3) Società anatomica, 1861 e 1866.
(4) Michaloff, Tesi di Ginevra, 1882.
(5) Vartman, Tesi di Strasburgo e di Basilea, 1880.
(6) Verneuil, art. Aine, del *Dict. encycl.*, t. II, pag. 315.

periostei (1), che non differiscono dai veri fibromi parietali che per alcuni caratteri tutt'affatto secondari, riguardanti la sede che essi occupano. Essi costituiscono, se si vuole, un gruppo intermediario tra i fibromi nettamente parietali ed i fibromi manifestamente sviluppati a spese delle parti molli del bacino. La loro storia è ancora allo stato di abbozzo.

Nicaise (2) ne ha riferiti alcuni casi risiedenti in corrispondenza della cresta iliaca, nella fossa iliaca, nei punti in cui le aponevrosi si fondono col periostio. Essi contengono sovente dei focolai rammolliti o delle vere cisti. Nicaise riferisce un caso nel quale il neoplasma inserito sulla parte interna della tuberosità sciatica faceva sporgenza davanti all'ano.

In una donna alla quale dovette applicare il forcipe, Depaul (3) ha trovato un tumore fibroso di 1260 grammi, scambiato per un fibroma della parete posteriore dell'utero ed impiantato nei fori di coniugazione delle due ultime vertebre lombari sinistre e nel secondo foro sacrale sinistro.

In un bambino di diciannove mesi un grosso fibroma, partito dal periostio della branca ischio-pubica, era interposto tra la vescica ed il retto (Smith) (4). In un caso interessantissimo di Tillaux (5), riguardante un uomo di quarantasette anni, un tumore della fossa ischio-rettale destra provocava dei disturbi della minzione e della defecazione. L'ablazione permise di riconoscere l'esistenza d'un fibro-mioma collegato col coccige per mezzo d'un peduncolo della grossezza del dito. Riedinger (6) ha osservato un fibroma della cresta iliaca che faceva sporgenza nella fossa iliaca. Dei casi analoghi di fibromi sacrali e sacro-coccigei sono riferiti da Dowell (7) e da Gomez Paneo (8).

Tutti questi fibromi partono dal periostio ed hanno gli stessi caratteri clinici, lo stesso decorso dei fibromi peri-pelvici superiori, dei fibromi parietali.

E. — CISTI IDATICHE

Anatomia patologica. — Il bacino è una delle sedi d'elezione delle cisti idatiche ossee. Secondo Havage, il bacino viene immediatamente dopo la tibia per ordine di frequenza. Sopra 52 casi raccolti da Gangolphe (9), il bacino e l'omero sono interessati 11 volte, la tibia ed il perone 8 volte solamente.

Il tumore occupa sopra tutto l'ileo e le vicinanze della cavità cotiloide, più di rado l'ischio ed il pube.

La cisti acquista il volume d'un pugno ed anche maggiore, ma non raggiunge mai le grandi dimensioni di certe cisti idatiche del fegato. Tuttavia in un malato di

(1) Salesses, Tesi di Parigi, 1876.
(2) Nicaise, *Rev. mens. de Méd. et de Chir.*, 1878, pag. 741.
(3) Depaul, *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1877, pag. 741.
(4) Smith, anal. negli *Arch. gén. de Méd.*, 1874, t. XIV, pag. 360.
(5) Tillaux, *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1875, pag. 884.
(6) Riedinger, *Chir. klin. am Julius hosp.* Würzburg 1879, pag. 52.
(7) Dowell, *Med. Press and Circ.* Londra 1882, pag. 291.
(8) Gomez Paneo, *Ann. de Chir.* Madrid 1822, pag. 179.
(9) Gangolphe, *Des kystes hydatiques des os.* Tesi di aggregazione, 1886.

Réczey (1) conteneva due litri di liquido. Pare che il contenuto si alteri rapidamente; sovente è purulento, mescolato ad avanzi di idatidi. Queste cisti sembrano il più delle volte moltiloculari ed invadono rapidamente il tessuto osseo vicino. In un caso di Fricke (2), tutta una metà del bacino era distrutta da un tumore idatico multiloculare. Lo stesso era nel caso di Réczey. Le pareti cistiche sono formate allora dai tessuti circostanti e non più da un guscio osseo. Le masse muscolari sono per lo più invase; nel caso di Fricke, il psoas era convertito in un tessuto spesso come cuoio. La borsa sinoviale dello psoas può essere riempita di idatidi. Per altro le lesioni non si limitano all'osso primitivamente colpito, che

E. Daleine del.

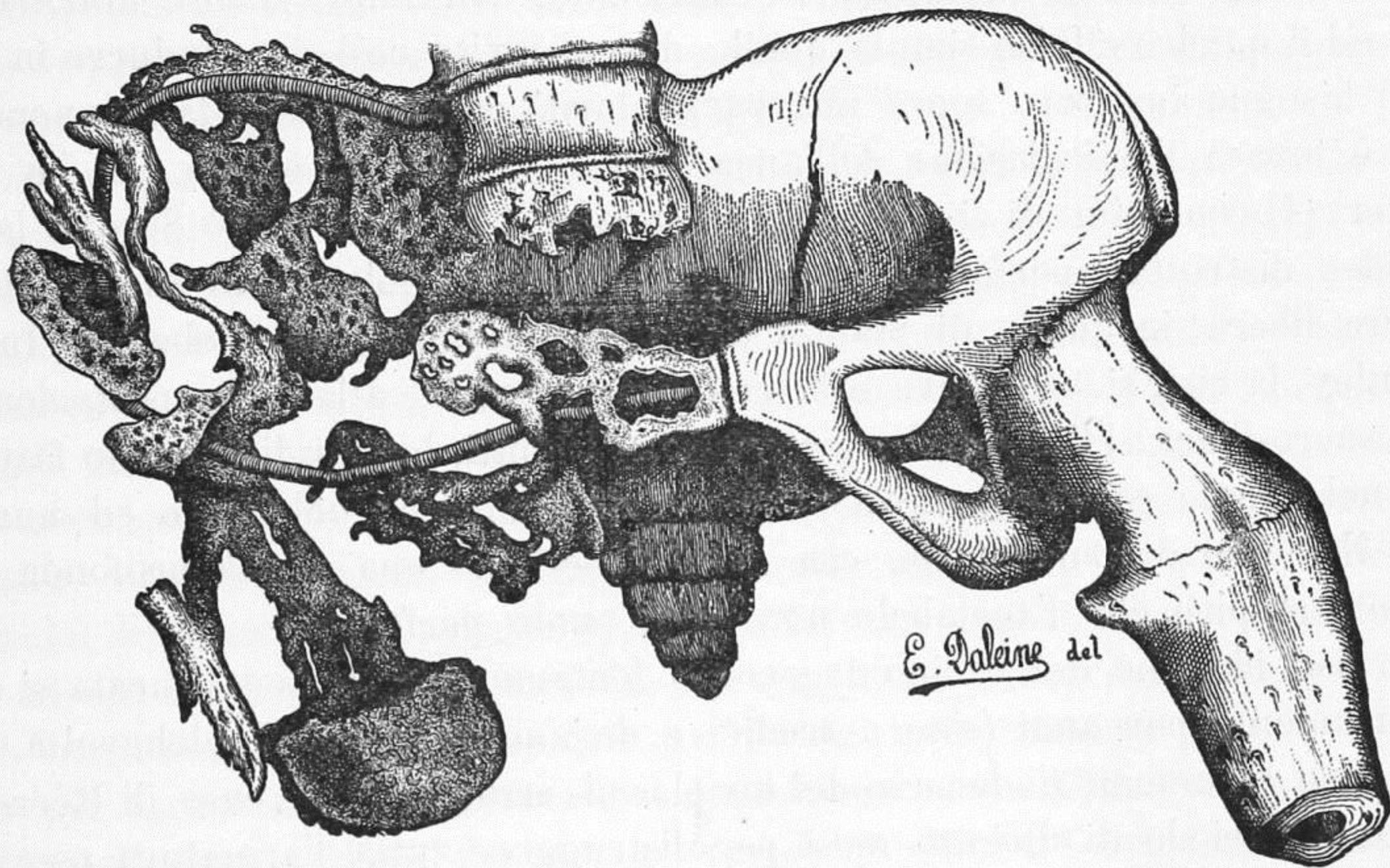



Fig. 46. — Cisti idatica del bacino.
(Réczey, *Knochenechinococcen*; *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. VII, tav. XII, fig. 1).

è dapprima rigonfio, si frantuma ed infine scompare per riassorbimento. Gli echinococchi fanno irruzione nell'anca, nell'articolazione sacro-iliaca, nel femore, nelle vertebre, nel canal sacrale. Si è vista la cavità cotiloidea distrutta permettere la penetrazione della testa femorale nella cavità pelvica. Nel caso di Réczey si trovò all'autopsia una cisti idatica del polmone, forse prodotta da una vera embolia parassitaria (Gangolphe).

Eziologia. — Queste cisti idatiche costituiscono una malattia dell'adulto, del pari frequente nei due sessi. Spesso viene accennato ad un trauma come causa occasionale (Viertel) (3).

Sintomi. — Il numero dei casi di cisti idatiche del bacino osseo è attualmente troppo scarso, perchè si possa tracciare con precisione la sintomatologia della malattia.

---

(1) Réczey, *Ueber Knochenechinococcen* (*Deuts. Zeitsch. f. Chir.*, 1876, t. VII, pag. 285).
(2) Fricke, *Hamburger Zeitschrift f. die ges. Med.*, 1838, t. VII, pag. 383.
(3) Viertel, *Archiv f. klin. Chir.*, 1875, t. XVIII, pag. 476.

La cisti esordisce in seguito ad un parto, ad un trauma e qualche volta senza causa apprezzabile. È raro che si constatino nel periodo iniziale i dolori bruschi e lancinanti ricordati nell'osservazione di Réczey. In generale l'indolenza è completa. Anche in un periodo ulteriore, i disturbi funzionali sono rari; soltanto eccezionalmente si trovano segnalati dolori acuti, disuria, iscuria, compressioni varie.

Nella maggior parte dei casi le alterazioni ossee sono rivelate dalla raccolta liquida (Gangolphe). Talora unici, talora multipli, i tumori occupano le regioni iliaca, pubica, inguinale, glutea, sacrale; sono molli, fluttuanti, soventi riducibili, indolenti alla pressione, e simulano assai frequentemente un ascesso freddo.

Sovente si osserva un'impotenza funzionale, attitudini viziose dell'arto inferiore, ed il quadro clinico simula quello d'una coxite così da condurre in errore. Infatti bisogna insistere sopra una particolarità caratteristica: la frequenza colla quale è invasa l'articolazione dell'anca. Questa frequenza è tale che, su 10 casi (Fischer) (1) conosciuti di cisti idatiche del bacino osseo, si trovò 8 volte la cavità cotiloidea distrutta o perforata in parecchi punti (2). Soltanto in due casi la giuntura era libera: in quello di Stanley (3) ed in quello di Bardeleben (4). In quello di Stanley, la cisti si estendeva alla regione glutea ed alla parte posteriore della sinfisi sacro-iliaca; l'ileo ed il sacro erano distrutti, le idatidi avevano fatta irruzione nel canale rachideo, erano invasi alcuni muscoli del dorso ed una delle ovaie. Nel caso di Bardeleben, era scavata nell'ileo una cavità profonda ed era persino a stupire che l'acetabolo non fosse punto perforato.

Le cisti idatiche del bacino decorrono lentamente e la loro durata si calcola ordinariamente per anni (sino a tredici e diciannove anni). Qualchevolta, nondimeno, esse assumono il decorso dei neoplasmi maligni e, nel caso di Réczey, era bastato un periodo di diciotto mesi per distruggere tutta l'armatura ossea della fossa iliaca.

Malgrado questa lentezza d'evoluzione, la prognosi è grave, perchè l'affezione ha un decorso essenzialmente invadente. Sovente inoltre la cisti suppura rapidamente per influenze ancora mal determinate; la salute si altera e sopravviene la morte per setticemia, sia spontanea, sia provocata da interventi operatorii (punture, cauterizzazioni). Tutti gli ammalati affetti da cisti idatiche del bacino sono morti, ad eccezione di una donna di ventitrè anni, operata da Bardeleben.

II. — DIAGNOSI DEI TUMORI OSSEI DEL BACINO

I tumori ossei del bacino sono talora estra-, talora endo-pelvici, talora, infine, essi fanno prominenza ad un tempo nell'interno e al difuori del bacino.

---

(1) Fischer, *Deutsche Zeit. f. Chir.*, cap. XXXI, 1891, pag. 211.

(2) Questi otto casi, all'infuori di quelli di Fricke, Viertel, Réczey, che ho già citati, sono dovuti a Rokitansky (*Lehrb. d. path. Anat.*, t. II. pag. 141), a Gurlt (*Gelenkkrankh.*, 1853, pag. 450), a Denonvilliers (*Bull. de la Soc. anat.*, 1856, pag. 119; questo caso è il solo nel quale il pube sia stato invaso ad esclusione dell'ileo), a Pihan (*Bull. de la Soc. anat.*, 1860, pag. 263) ed a Trendelenburg (*Verhandl. der Gesell. f. Chir.*, 1881, pag. 60).

(3) Stanley, *Diseases of the Bones*, 1849, pag. 180.

(4) Bardeleben, *Berliner klin. Woch.*, 1883, pag. 825.

I tumori estra-pelvici sono d'una diagnosi relativamente facile, perchè l'esplorazione è comoda, ed il problema consiste nel distinguerli dalle altre varietà di tumori glutei, inguinali o pubici, dalle adeniti croniche, dagli ascessi freddi, dagli aneurismi. Queste diverse affezioni presentano in generale dei caratteri abbastanza netti da permettere di stabilire la diagnosi.

I tumori endopelvici sono molto più difficili da riconoscere. Infatti essi possono occupare non solamente la fossa iliaca, ma anche l'escavazione pelvica e la regione sacro-coccigea anteriore. Bisognerà circondarsi di tutte le precauzioni, scrutare minutamente il passato patologico del malato, e si praticheranno tutte le esplorazioni. Si dovrà tanto meno trascurare l'esplorazione vaginale, l'esplorazione rettale, la palpazione bimanuale, inquantochè certi tumori ossei sono talvolta inaccessibili alla sola palpazione addominale.

Al principio si può pensare ad una nevralgia sciatica, ad una sacro-coxalgia o ad una coxalgia. Più tardi si può far confusione con tumori uterini, ovarici, prostatici, rettali, vescicali; ma anche qui un accurato esame metterà sulla via della diagnosi. Vi furono però dei casi in cui dei chirurghi come Lisfranc, Paget, hanno dovuto restare dubbiosi. Senza parlare degli aneurismi iliaci sui quali ritornerò più tardi, io dirò qui che sono certi tumori ghiandolari cronici della fossa iliaca, certi ascessi freddi della coxalgia e della sacro-coxalgia, che vengono il più delle volte confusi con un neoplasma osseo pelvico. I primi, in forma mammellonata, di consistenza ineguale, elastica o fluttuante, sono ordinariamente consecutivi ad un neoplasma della vescica, del corpo dell'utero, del testicolo (Havage) che si manifestano con sintomi speciali. Ma la confusione con gli ascessi freddi è tanto più facile inquantochè certi osteo-sarcomi rammolliti, certe cisti idatiche, formano delle grosse masse fluttanti, ed invadono soventi l'articolazione dell'anca. In questi casi soltanto gli antecedenti, l'anamnesi, il decorso, l'esistenza di sintomi speciali in alcuni casi particolari varranno a chiarire la natura del male.

Le condizioni della diagnosi variano del resto secondo la varietà del tumore e secondo l'epoca del suo sviluppo.

Le *cisti idatiche*, dicono gli autori, sono tumori in sul principio poco dolorosi, rotondeggianti, fluttuanti, circoscritti, che presentano un orlo osseo periferico, rugoso e friabile, e soventi una crepitazione pergamenacea. Si aggiunge anche che essi hanno uno sviluppo insidioso, un decorso lento, che raggiungono un volume considerevole e che la puntura dà esito ad un liquido sieroso.

Questi caratteri non hanno nel nostro caso alcun valore, e sino al presente nessun chirurgo ha potuto diagnosticare con precisione una cisti idatica del bacino osseo, quando, come è di regola, questa ha invasa l'articolazione dell'anca. Nel caso di Fricke, si credette ad un ascesso da congestione che avesse il suo punto di partenza nel bacino. Nei casi di Pihon, di Trendelenburg, di Viertel, la diagnosi era di coxite. Réczey credette ad un ascesso freddo consecutivo ad una periostite cronica dell'osso iliaco; Bardeleben ad un'osteite tubercolare. Quindi, se si tien conto della suppurazione frequente del contenuto della sacca, si può dire che l'incisione è necessaria per istabilire la diagnosi esatta.

I *fibromi*, del resto rari, sono d'una diagnosi relativamente facile (V. *Fibromi parietali dell'addome*). Bisogna però fare un'eccezione per certi tumori nati dal

sacro. Si potrebbero confondere con i fibrolipomi peri-coccigei, recentemente segnalati da Bartels (1). Ma l'errore non avrebbe conseguenze, perchè all'uno ed all'altro tumore si adattano la stessa prognosi e la stessa cura.

Restano l'*esostosi*, l'*encondroma* e l'*osteo-sarcoma*. Quando il neoplasma è piccolo, quando offre una consistenza dura, dappertutto eguale, si può esitare tra un'esostosi, un encondroma, una deformazione rachitica ed un callo deforme.

Queste due ultime lesioni saranno facilmente riferite alle loro vere cause. Ma è per così dire impossibile distinguere in questo primo periodo l'esostosi dell'encondroma. Più tardi l'esostosi non cambierà, mentre l'encondroma si coprirà di gibbosità più o meno spiccate. L'esistenza di dolori persistenti fin dal principio, d'un punto sensibile nella fossa iliaca con irradiazioni sciatiche, sveglieranno l'idea di un osteo-sarcoma. Si sa, al contrario, che l'esostosi e l'encondroma hanno sede sopra tutto alle estremità del diametro antero-posteriore del bacino e non sono dolorosi spontaneamente, nè alla pressione. Nei casi in cui il sarcoma si manifesta al principio con un'infiltrazione diffusa, esso potrà simulare un'osteite del bacino od una iperostosi sifilitica.

Quando il tumore ha acquistato un certo volume, il vero problema clinico da risolvere, è sempre il seguente: Si tratta o no d'un osteo-sarcoma?

Si potrebbe confonderlo con una cisti idatica del bacino, e Koenig aveva diagnosticata una cisti in un caso di sarcoma periosteo, a decorso rapido, della fossa iliaca.

Ma la diagnosi deve specialmente riflettere l'encondroma, l'ascesso freddo, gli aneurismi iliaci.

L'encondroma si distinguerà per la sede, per l'assenza dei dolori che, quando si mostrano, sono tardivi, mentre essi sono precoci, intensi e tenaci nell'osteosarcoma.

Le gibbosità dell'encondroma secondo Havage, sono molto più ineguali come volume e come consistenza. « Si incontrano sovente, egli scrive, degli osteo-sarcomi, che potrebbero far credere a tumori fluttuanti, ma non vi è che l'encondroma che presenti dei bernoccoli alternativamente grossi e piccoli, alternativamente duri e fluttuanti che costituiscono un carattere pressochè patognomonico ». La crepitazione pergamenacea manca nell'encondroma; questo non ha alcuna relazione colla gravidanza, mentre per Poulet e Bousquet (2), ogni tumore del bacino che sopravvenga nello stato puerperale, può essere riguardato *a priori* come un osteo-sarcoma. Aggiungiamo che il decorso è rapido, e la salute si altera presto nell'osteo-sarcoma, mentre la cachessia degli encondromi, che ricorda quella delle cisti ovariche, non sopravviene che ad un periodo avanzato. Infine, secondo Dolbeau, soltanto i tumori cartilaginosi presentano delle grandi cavità cistiche ed acquistano delle dimensioni veramente mostruose.

Gli ascessi freddi, la coxite, si prestano ad una confusione, e bisognerà sempre cercare attentamente se nelle vicinanze dell'articolazione od in un punto qualunque delle fosse iliache, non esista un'alterazione di volume e di consistenza dell'osso

---

(1) Bartels, *Berliner klin. Woch.*, 1891, n. 27.
(2) Bousquet, *Path. externe*, t. III, pag. 606.

caratteristica dell'osteo-sarcoma (Havage). In un caso preso per un ascesso, Richet stabilì la diagnosi d'encefaloide dell'osso iliaco, fondandosi sull'aderenza del tumore all'osso, sull'edema duro vicino e sull'iperostosi della cresta iliaca. In un caso osservato da Monod e Rendu, soltanto l'esame microscopico del liquido evacuato con una puntura permise di stabilire la diagnosi.

È molto difficile distinguere l'aneurisma dal cancro vascolare del bacino. Secondo Le Fort, sono più specialmente proprii dei sarcomi pulsatili una maggior intensità del rumore di soffio, e l'ineguaglianza della consistenza. In questi, secondo Hart, l'impulsione è più subitanea e la sensazione d'espansione meno viva. Malgrado questi sintomi differenziali, la diagnosi presenta talvolta delle difficoltà insormontabili, ed Ollier, in uno di questi casi, non ha potuto stabilire la diagnosi di encefaloide che dopo aver impiantato nel tumore un ago d'oro che egli sentì penetrare facilmente nello spessore dell'osso iliaco rammollito.

III. — CURA DEI TUMORI OSSEI DEL BACINO

Le *esostosi* ed i piccoli *encondromi* facili da estirpare, vennero molte volte rimossi con successo (Regnoli, Duplay).

Dolbeau consigliava di non toccare gli encondromi interni e di asportare gli esterni soltanto quando aumentano di volume. In seguito, diversi chirurghi, segnatamente stranieri, hanno operato con risultati diversi dei voluminosi encondromi. In una ragazza di sedici anni Marcuse (1) asportò con successo un encondroma del volume di una testa di adulto, impiantato sulla branca ischio-pubica. Bergmann ha estirpato un encondroma aderente ai vasi iliaci; egli dovette legare l'arteria e le vene iliache primitive. La guarigione ebbe luogo, come in un caso osservato da Israël in un uomo di 23 anni. In un individuo di 27 anni, Billroth (2) ha estirpato un encondroma che partiva dal pube, riempiva tutta la metà sinistra del bacino e comprimeva la vescica ed il retto; sopravvenne la morte per anemia post-operatoria, e fu fatta la trasfusione senza risultato. In una donna di 46 anni, affetta da un encondroma che era impiantato sull'ileo, si estendeva dalla spina iliaca antero-superiore alla sinfisi sacro-iliaca e faceva sporgenza nella regione glutea, Gussenbauer fece sulla convessità del tumore un'incisione di 25 cent., che andava da un'estremità della cresta iliaca all'altra. Su questa incisione, ne fece cadere una seconda che andava dalla sinfisi sacro-iliaca alla grande incisura sciatica. Staccò dal tumore il periostio delle fosse iliache interna ed esterna e resecò tutta la porzione dell'ilion sulla quale era impiantato l'encondroma. L'ammalata in capo a due anni non aveva alcuna recidiva; essa aveva soltanto un'ernia iliaca.

Roux (di Losanna) ha ottenuto un bellissimo successo in un malato al quale praticò la resezione dell'osso iliaco per un condro-sarcoma. Questo individuo aveva da due anni un tumore liscio, uniforme, completamente indolente dell'osso iliaco destro. Con due incisioni, l'una anteriore verticale, vicino alla sinfisi, l'altra, enorme,

(1) Marcuse, *Deutsche Zeit. f. Chir.*, 1876, t. VII, pag. 546.
(2) Billroth, *Wiener med. Woch.*, 1875, pag. 26.

posteriore, circoscrivente l'osso iliaco, Roux separò completamente quest'osso dalle sue connessioni, non conservando che un frammento dell'ischio. Il solo tempo difficile di quest'operazione, che durò tre ore, fu la separazione della testa femorale che fu denudata della sua cartilagine e sezionata obliquamente. L'operato potè levarsi in capo a due mesi, ed attualmente cammina in modo abbastanza soddisfacente. Secondo Roux (1) « il malato può attendere facilmente ai suoi affari » (fig. 47).

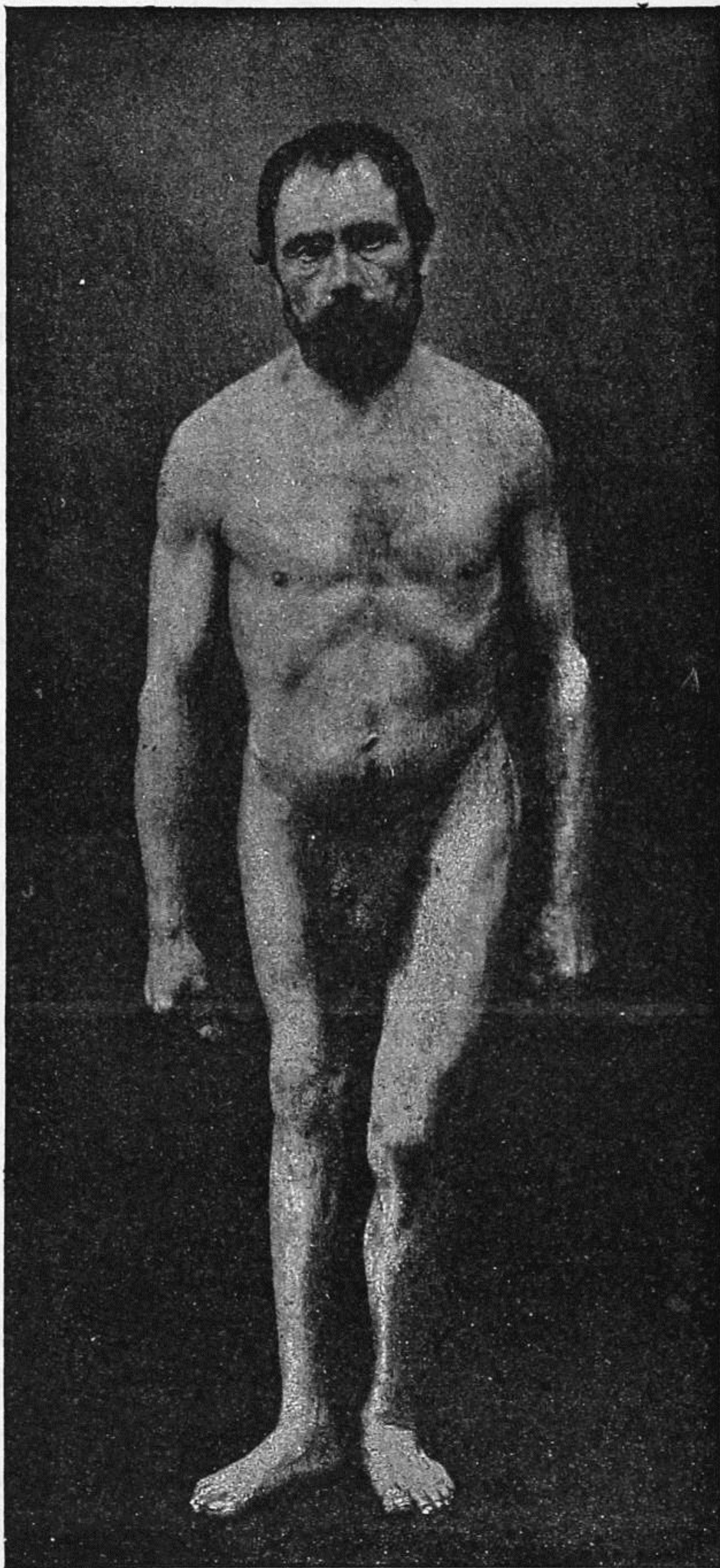



Fig. 47. — Ablazione totale dell'osso iliaco destro. Roux (di Losanna). — Da una fotografia presa tre anni e cinque mesi dopo l'operazione. (Figura tolta dall'Ollier, *Traité des résections*, vol. III, pag. 941, fig. 497).

Le *cisti idatiche*, il cui decorso è essenzialmente invadente, devono immediatamente essere incise e drenate. Nel caso di Bardeleben, la cavità si estendeva a 6 centimetri al disopra ed a 6 centimetri al disotto della cresta iliaca; il chirurgo fece una lunga incisione alla parte posteriore della cresta iliaca, staccò collo scalpello un segmento osseo triangolare di 6 centimetri di base, potè levare la più gran parte della borsa cistica ed abradere il resto col raschiatore. Quando l'anca è invasa, bisognerà decidersi a seconda dei casi, per la resezione o per la disarticolazione coxo-femorale. In uno di questi casi, Trendelenburg asportò tutta l'estremità superiore del femore, sino al piccolo trocantere inclusivamente. Essendo ripullulate le idatidi in capo a cinque mesi, egli praticò la disarticolazione dell'anca; il malato soccombette sette ore dopo la operazione.

La cura degli *osteosarcomi* deve limitarsi il più delle volte a combattere certe complicazioni.

I fenomeni di compressione richiedono talvolta delle punture che sono lungi dall'essere inoffensive. In alcuni casi, si dovette praticare l'enterotomia per rimediare ai fenomeni d'occlusione intestinale. I risultati disastrosi ottenuti dall'ablazione radicale hanno fatto erigere a metodo terapeutico generale la aspettazione e la cura palliativa. Però sono stati fatti alcuni tentativi isolati.

(1) Roux, Congresso francese di Chirurgia, 1889, pag. 306.

Eugenio Bœckel (1) ha resecato in buone condizioni la più gran parte dell'ileo per un sarcoma osteoide; ciononondimeno, in capo a tre mesi l'affezione era in piena recidiva.

Volkmann (2) avrebbe asportato con successo durevole un sarcoma centrale del sacro propagato all'osso coxale sinistro. Krœnlein (3) non ha potuto terminare l'ablazione d'un mixo-sarcoma del bacino e della regione inguinale. Jaffé (4) nel suo lavoro sui sarcomi vascolari, riferisce un caso di tumore pulsatile dell'ileo estirpato senza successo. Simon (5) ha perduto per recidiva, in capo a due mesi, un'ammalata alla quale egli aveva asportato con successo un sarcoma del bacino. Trendelenburg (6) ha operato un caso analogo ed ha ottenuta una guarigione. Gussenbauer non ha potuto asportare completamente un sarcoma melanico dell'ileo, dovette accontentarsi di fare il raschiamento col cucchiaio; il malato morì due mesi dopo per una rapida recidiva [?]. Egli potè estirpare un sarcoma in un giovane di 25 anni resecando l'osso iliaco; ma, in meno di tre mesi, il neoplasma era in pieno ripullulamento. Lo stesso risultato ebbe in una malata che formò oggetto della sesta osservazione della Memoria di Gussenbauer. In un altro caso, il chirurgo ha resecato il sacro per un mixosarcoma; egli dovette operare numerose recidive successive ed il malato morì in capo a 23 mesi. Infine, nell'ultimo caso (sarcoma del sacro), il malato morì durante l'operazione.

Fig. 48. — Risultato dell'estirpazione totale dell'ileo destro, praticata nel dicembre 1885 dal prof. Kocher di Berna. (Dall'Ollier, *Traité des résections*, vol. III, pag. 939, fig. 496).

Si vede che questi risultati non parlano guari in favore dei tentativi operatorî. Ma per altra parte, Ollier riferisce un caso inedito di Kocher nel quale fu levato con successo tutto l'osso iliaco destro per un osteo-sarcoma. Non vi ebbe recidiva. È dunque possibile che un intervento largo e precoce modifichi la prognosi. La questione resta per intiero da studiare (*a*).

---

(1) Bœckel, nel Weis. Tesi di laurea, 1880, pag. 57.
(2) Volkmann, *Deutsche med. Woch.*, 1876, n. 24.
(3) Krœnlein, *Arch. f. klin. Chir.*, 1877, t. XXI (Supplemento), pag. 197.
(4) Jaffé, *Arch. f. klin. Chir.*, 1874, pag. 91.
(5) Kœler, *Charité-Annalen,* 1886. Berlino 1888, pag. 567.
(6) Trendelenburg, nel Braunstein (*Diss. inaug.* Bonn 1888).
(*a*) [È da studiare anche tra gli interventi possibili la amputazione interliaaddominale. (V. *Appendice di Operativa*, pag. 140 (D. G.)].

CAPITOLO III.

MALATTIE DELLE ARTICOLAZIONI DEL BACINO

ARTRITE — SACRO-COXALGIA

Le articolazioni del bacino, immobili, con sinoviale rudimentaria, non offrono un terreno troppo favorevole alle infiammazioni, alle infezioni. Tuttavia si conosce un certo numero di artriti localizzate alla sinfisi pubica, più sovente alla sinfisi sacro-iliaca, ed imputabili al traumatismo, al reumatismo, alla blennorragia, sopra tutto alle setticemie, e segnatamente all'infezione puerperale.

Infatti si osservarono per lo più nelle partorienti le artriti infettive delle sinfisi del bacino, e questa localizzazione sembra dovuta non solo alla vicinanza del focolaio primitivo d'infezione, ma anche alle modificazioni apportate dalla gravidanza nella costituzione di queste articolazioni (1).

Ma di tutte le artriti del bacino le più importanti a conoscere sono le artriti croniche della sinfisi sacro-iliaca. Io mi occuperò di queste.

Sacro-coxalgia ed artrite tubercolare della sinfisi sacro-iliaca devono essere attualmente considerate come due espressioni equivalenti; e bisogna riservare un posto a parte alle altre varietà di artriti croniche di questa giuntura, alle quali si applicava egualmente il nome di sacro-coxalgie. Tuttavia queste artriti, date dal traumatismo, dal reumatismo, dalla blennorragia o da infezioni diverse, non faranno oggetto d'un capitolo speciale; io mi accontenterò di darne qualche cenno a proposito della diagnosi dell'artrite tubercolare sacro-iliaca.

Pare che la sacro-coxalgia sia un'affezione di conoscenza recente. Boyer (2) ne parla accidentalmente nel paragrafo che consacra al « divaricamento delle ossa del bacino »; fu Larvy (3) che le diede il nome. Tutti i lavori che seguirono, riunendo in una stessa descrizione le artriti tubercolari, reumatiche, piemiche, puerperali, fecero fare un notevole progresso alla sintomatologia dell'affezione. Mi accontenterò qui di citare le ricerche di Hann, di Laugier, di Cloquet, di Bérard, di Erichsen, di Délineau, di Boissarie, di Hattute, le descrizioni cliniche di Nélaton, Velpeau, Crocq, Gurlt, Jonhstone e l'importante tesi d'aggregazione di Delens (4). Questo lavoro è il più completo che sia stato scritto sull'argomento. Ma Delens comprende ancora sotto il nome di sacro-coxalgia tutte le lesioni dell'articolazione

---

(1) Budin ha dimostrato che la mobilità delle articolazioni del bacino, già segnalata dagli autori, è costante negli ultimi mesi della gravidanza. La si può constatare molto facilmente per mezzo dell'esplorazione vaginale, che permette di percepire i movimenti del pube mentre la donna cammina (*Progrès médical*, 1875, pag. 716).

(2) *Traité des maladies chir.*, t. III.

(3) *Clin. chir.*, t. III, pag. 330.

(4) Delens, *De la sacro-coxalgie*. Tesi d'aggregazione, 1872.

sacro-iliaca, eccettuate quelle che, sopravvenute in seguito ad un traumatismo, alla febbre puerperale, all'infezione purulenta, prendono una forma francamente acuta; così egli descrive quattro varietà di sacro-coxalgia: la scrofolo-tubercolare, la puerperale, la reumatica e la blennorragica. Per la clinica e per l'anatomia patologica, bisogna presentemente riservare il nome di sacro-coxalgia alla tubercolosi iliaca. È ciò che fa Weller van Hook (1) (di Chicago) in un articolo recente, molto particolareggiato, fondato sull'analisi di tutti i casi conosciuti di questa affezione.

Eziologia. — Affezione abbastanza rara, principalmente nell'infanzia, nell'adolescenza e nella vecchiaia, la sacro-coxalgia si osserva sopra tutto dai 20 ai 35 anni e più frequentemente negli uomini, benchè Crocq (2) e Barker (3) abbiano sostenuta un'opinione contraria. La si incontrerebbe di preferenza nei sarti (Hahn), nei giovani soldati di artiglieria e di cavalleria (Hattute), ecc. Le lesioni traumatiche di ogni natura, le cause delibitanti, infettive o diatesiche, vi predispongono, come predispongono alle altre artriti tubercolari.

Sembra che la localizzazione della tubercolosi alla sinfisi sacro-iliaca si debba riferire a ciò che: 1° da una parte, quest'articolazione, benchè non goda dei movimenti estesi, è una di quelle che si affaticano di più, poichè costituisce la via di trasmissione del peso del tronco e degli arti superiori alla base di sostegno, tanto nella posizione in piedi che nella posizione seduta; 2° d'altra parte, le epifisi marginali dell'osso coxale e del sacro non si sviluppano attivamente che dai 15 ai 25 anni, ed anche al di là.

L'affezione sorge il più delle volte in maniera spontanea; nondimeno Hook insiste sull'importanza dei traumatismi come cause occasionali. Da lungo tempo, Panas ha scritto che « la gravidanza esercita un'influenza incontestabile sullo sviluppo dei tumori bianchi delle articolazioni del bacino »; infatti la sinfisi sacro-iliaca è quella che costituisce una delle sedi d'elezione dell'artrite tubercolare durante la gravidanza.

Anatomia patologica. — L'affezione ha sede indifferentemente a destra ed a sinistra, ma è per così dire sempre unilaterale. Molte sacro-coxalgie doppie non erano che osteomalacie. Tuttavia Kœnig segnala un caso di sacro-coxalgia bilaterale.

Quantunque possa fin da principio costituirsi l'artrite, l'articolazione si trova ordinariamente invasa da un'osteite della faccetta auricolare dell'osso coxale od anche (ciò che è molto frequente) da un'osteite della faccia anteriore del sacro. Come in qualunque altro caso, la lesione ossea dà luogo alla formazione di fungosità intra-articolari, al rammollimento delle cartilagini, alla distruzione dei legamenti, sopra tutto dei legamenti periferici, mentre il legamento interosseo è conservato più lungamente.

---

(1) *Tuberculosis of the sacro-iliac joint* (*Annals of Surgery*, VIII, pag. 401 e IX, pagg. 35 e 115).
(2) *Traité des tumeurs blanches*. Bruxelles 1853.
(3) *System of Surgery*, di Holmes. Londra 1883.

Si è detto che la guarigione potrebbe sopravvenire in un periodo abbastanza precoce per anchilosi. Ordinariamente il pus, dapprima intra-articolare, si fa strada in differenti direzioni, all'indietro, all'avanti od ai due lati contemporaneamente. Quando l'ascesso freddo si sviluppa verso la parte posteriore (38,2 per 100, Hook), è sovente formato da due tasche, comunicanti attraverso il grande gluteo, a livello delle inserzioni di questo muscolo alla cresta ed alla tuberosità iliaca. L'ascesso si forma più sovente in avanti (61,8 per 100, Hook), e ciò è in rapporto colla frequenza dell'osteite tubercolare della faccia anteriore del sacro. Può seguire diverse direzioni: talvolta costeggia il muscolo psoas, per andar a spuntare nella fossa iliaca o nel triangolo di Scarpa, talvolta penetra nella natica per la grande incisura sciatica e fa sporgenza sotto il margine inferiore del grande gluteo. In altre circostanze ancora, il pus si propaga lungo la guaina cellulare del retto, si apre nell'intestino o simula un ascesso del cavo ischio-rettale. Furono osservate altre varietà d'ascessi migranti; ne parlerò più sotto.

Sintomi. — La malattia decorre in maniera subacuta o cronica e dà luogo clinicamente al tumore bianco. Vale a dire che il *principio* è molto oscuro e che è necessario un esame attento per sorprendere l'affezione nel suo stadio iniziale. Delorme, le cui idee sono riprodotte nella tesi che egli ha ispirato a Provendier, insiste assai giustamente sulla poca reazione di alcune sacro-coxalgie nel periodo iniziale della loro evoluzione.

Il *dolore* è ordinariamente il primo sintoma. Esso ha sede nella regione sacro-iliaca, da cui si irradia verso la natica, l'inguine, la coscia, il ginocchio, ecc. assumendo talvolta il carattere nevralgico. Il più delle volte consiste da principio in una sensazione di molestia a livello dell'articolazione; più tardi aumenta d'intensità.

Tale dolore presenta fin dal principio dei caratteri importanti; viene esagerato o risvegliato dal camminare, dalla flessione del tronco, dai movimenti dell'arto inferiore, dalla pressione esercitata sull'articolazione o sui suoi dintorni immediati, sovente anche dall'esplorazione rettale, dagli sforzi della defecazione, da un semplice cambiamento di posizione nel letto, ed è calmato al contrario dal riposo nel decubito dorsale, e da una forte estensione della colonna rachidea. Erichsen ha insistito sopra un sintoma di grande valore: il dolore determinato dal riavvicinamento delle due ossa iliache, premendo bruscamente sopra le due spine iliache anteriori-superiori, allorchè la pressione sul grande trocantere, i movimenti della coscia sul bacino, non provocano alcuna sofferenza. I movimenti che s'imprimono all'osso coxale afferrando tra le dita la cresta iliaca, sono egualmente dolorosi (Volkmann).

Nello stesso tempo, gli ammalati si lagnano sovente d'una certa debolezza dell'arto inferiore, d'intirizzimento, di formicolio, ecc. Ma di già è comparso un sintoma più importante, la *claudicazione*. Mentre nella posizione eretta il malato si appoggia sull'arto sano, lo si vede mentre cammina pendere in avanti, trascinare lentamente il piede sul suolo ed appoggiarsi d'un sol colpo sulla pianta intiera. Egli avanza con esitazione ed a piccoli passi.

È degno di nota il fatto che in alcuni casi lo zoppicamento manca quasi del tutto, anche quando la raccolta purulenta è già formata. « Così uno degli operati di Delorme non entrò nell'ospedale che all'ultimo momento, avendo voluto

continuare sino allora il suo servizio di ordinanza, quantunque avesse alla natica un tumore voluminoso; venuto il momento dell'operazione, Delorme lo fece correre davanti agli assistenti dal letto alla sala d'operazione » (1). Nondimeno la claudicazione è la regola e si accompagna con una inclinazione del bacino e con una attitudine viziosa dell'arto. Boyer, Erichsen, Hattute pensavano che questo fosse realmente allungato grazie alla rotazione del bacino intorno al suo asse antero-posteriore ed alle deviazioni compensatrici della colonna lombare. Delens ha dimostrato che non si trattava che d'un allungamento apparente.

Ben presto i dolori si aggravano; impediscono il cammino, il sonno. L'arto si atrofizza, diventa sede di paralisi incomplete in seguito a compressione dei nervi del plesso sacrale. Queste paralisi possono scomparire dopo l'intervento (caso di E. Bœckel) (2).

L'esame della regione malata rivela l'esistenza d'una pastosità allungata dall'alto in basso e che si spinge dal lato della natica. In altri casi, quando le lesioni sono sopra tutto spiccate alla superficie interna del bacino, questa pastosità è poco sentita o manca; ma il dito introdotto nel retto arriva sovente a riconoscere una tumefazione della parte anteriore del sacro.

Gli ascessi hanno tutti i caratteri degli ascessi freddi. Quando si aprono alla natica, al perineo, alla coscia, nella regione iliaca, dànno luogo a fistole perenni, da cui si eliminano di tanto in tanto dei piccoli sequestri. Altre volte il pus si fa strada nel retto, nella vescica o nella vagina. Si sono citati dei casi nei quali il pus, penetrando nel canale rachideo, aveva determinata la morte per meningo-mielite. L'esito fatale può anche sopravvenire bruscamente per ulcerazione dei vasi, segnatamente dell'arteria ipogastrica (Morrant, Baker). Il più delle volte però, come nelle artriti bacillari abbandonate a sè stesse, gli ammalati soccombono esauriti dalla suppurazione, dalla febbre etica, dalla tubercolosi concomitante del polmone.

Prognosi. — Quindi la prognosi è grave, sopra tutto quando gli ascessi invadono la cavità pelvica. Tuttavia è possibile la guarigione per anchilosi. Questa anchilosi, quando si tratta d'una donna, è causa di importanti deformazioni del bacino. Recentemente Aepli (3) ha pubblicato un bel caso di restringimento obliquo per anchilosi della sinfisi sacro-iliaca. Si sa che questa anchilosi è, secondo Naegele, patognomonica del bacino obliquo ovalare.

Diagnosi. — Al principio la sacro-coxalgia viene talvolta confusa con una nevralgia lombo-addominale, con una nevralgia glutea, sciatica od anche con una semplice lombaggine. Ma queste affezioni hanno dei punti dolorosi fissi con irradiazioni speciali, esse non sono calmate dal riposo e dal decubito. Bisogna tuttavia sapere che la nevralgia sciatica può apparire nel corso della sacro-coxalgia, quando il nervo sciatico è compresso da un ascesso freddo. Essa può anche essere la prima manifestazione dell'affezione.

---

(1) Provendier, *De l'intervention chirurgicale dans la sacro-coxalgie*. Tesi di Parigi, 1887, n. 26.
(2) *Fragments de chirurgie antiseptique*. Strasburgo 1883.
(3) *Corresp.-Bl. für schw. Aerzte*, 15 gennaio 1890.

La tubercolosi delle vertebre lombari si riconoscerà dalla sede precisa del dolore che viene esagerato dalla pressione delle apofisi spinose, poi dalla formazione d'una gibbosità. L'osteite tubercolare della faccia anteriore del sacro, benchè si propaghi sovente all'articolazione sacro-iliaca, può esistere da sola. Essa si distingue dalla sacro-coxalgia per l'assenza dei dolori provocati dai movimenti dell'arto inferiore o dal ravvicinamento delle due ossa iliache.

È sopra tutto colla coxalgia che la sacro-coxalgia viene per lo più confusa. Ma mentre la sacro-coxalgia, che si osserva dai 20 ai 30 anni, si distingue per un dolore alla pressione limitato all'interlinea articolare, per la possibilità di far eseguire alla coscia tutti i movimenti, quando si tiene fissato il bacino; nella coxalgia al contrario, affezione dell'infanzia, il dolore alla pressione ha sede sopra tutto nella piega dell'inguine ed all'indietro del grande trocantere; i movimenti comunicati alla coscia, sopra tutto l'adduzione e la rotazione, sono limitati, dolorosi od anche impossibili. Altri sintomi sono desunti dall'esame coll'esplorazione rettale, dalla sede occupata dagli ascessi e dalle fistole.

Quanto alle artriti gonorroiche, reumatiche, puerperali, ecc., di cui la giuntura può essere sede, esse sono talvolta difficili da distinguere dalla sacro-coxalgia. Non si dimenticherà la frequenza di quest'ultima relativamente a quelle; non si dimenticherà tanto meno che l'evoluzione acuta la quale è la regola nelle artriti blennorragiche e puerperali è tutt'affatto eccezionale nella tubercolare. Nondimeno la diagnosi è lungi dall'essere facile, e si comprende come gli autori abbiano riunite tutte le artriti croniche in una stessa classe. Gli è che in realtà i loro sintomi sono pressochè identici, e soltanto gli antecedenti, i segni concomitanti, il decorso dell'affezione potranno in alcuni casi permettere di stabilire la natura del male.

Cura. — Non debbo insistere sulla cura generale antitubercolare.

La cura locale differisce secondo i periodi dell'affezione. Al principio si avrà qualche vantaggio dai revulsivi, ma sopra tutto dall'immobilizzazione prolungata in una doccia di Bonnet.

Quando gli ascessi tendono ad aprirsi all'esterno e sopra tutto quando sono fistolosi, bisognerà comportarsi qui come nelle altre circostanze analoghe. Si praticheranno lavature antisettiche, il raschiamento delle fungosità, lo svuotamento delle ossa, ecc. Si sono dovute praticare talvolta delle trapanazioni per arrivare alla faccia anteriore delle ossa e per drenare gli ascessi intra-pelvici.

Tuttavia l'intervento non è senza pericolo, e molti autori preferiscono all'incisione delle saccoccie purulente, le iniezioni di tintura di jodio, di glicerina o di olio jodoformizzati; sembra che queste abbiano dato dei risultati soddisfacenti, quando vennero continuate per un tempo sufficiente (Tillmanns).

In una recente Memoria, Hook si è dato allo studio della cura degli ascessi della sacro-coxalgia. Quando questi compaiono alla parte posteriore dell'articolazione, bisogna loro applicare l'incisione e lo scucchiaiamento. Quando sono intrapelvici, si raggiungeranno con un'incisione fatta al disopra della sinfisi ed, ove occorra, con la resezione della spina iliaca posteriore superiore. Se le raccolte sono contemporaneamente intra- ed estra-pelviche, si aprirà dapprima l'ascesso esterno; sarà facile in seguito raggiungere l'ascesso interno passando attraverso

l'articolazione. Si scaverà al bisogno un vero canale osseo, per ricevere il tubo di drenaggio. Delorme ha presentato alla Società di Chirurgia un malato, a cui egli ha curato con successo un enorme ascesso freddo che andava dalla natica al cavo del poplite e dipendeva da un'artrite sacro-iliaca. L'articolazione fu completamente svuotata e le ossa raschiate come il resto della cavità. Malgrado un vasto scollamento del retto, il malato guarì completamente in un mese.

L'uso delle iniezioni di cloruro di zinco, secondo il metodo di Lannelongue, sembra dover semplificare la cura della tubercolosi sacro-iliaca e modificarne la prognosi.

CAPITOLO IV.

MALATTIE DELLE PARTI CONTENUTE NELL'INTERNO DEL BACINO

I.

LESIONI INFIAMMATORIE

Le infiammazioni che si sviluppano nella cavità pelvica, pelvi-peritoniti, linfangiti, flemmoni, ecc. appartengono tutte alla storia delle complicazioni delle affezioni viscerali del bacino.

Queste diverse flegmasie possono essere limitate ad una regione più o meno vasta della cavità pelvica, od invece estendersi rapidamente a tutto il tessuto cellulare del bacino, come si osserva nelle infezioni gravi, il più sovente per inoculazione diretta, traumatica od operatoria. Questa è la *cellulite pelvica diffusa*, bene studiata da Bouilly.

La descrizione di tutte le infiammazioni, di tutte le infezioni pelviche vien fatta nei capitoli consacrati alle affezioni del retto, della vescica e sopra tutto degli organi genitali della donna.

Io non mi occuperò qui che della psoite e del flemmone iliaco.

I. — PSOITE

Sotto il nome di *psoite, di ascesso iliaco sotto-aponevrotico,* si designano le infiammazioni e gli ascessi del muscolo psoas iliaco.

La psoite è una miosite che termina d'ordinario colla suppurazione; essa merita una descrizione speciale, perchè caratteri anatomici e clinici particolari la differenziano dalle altre infiammazioni suppurative della regione iliaca e della regione lombare.

Per lungo tempo confusa con tutti i flemmoni profondi dell'addome, sembra che sia stata per la prima volta nettamente osservata da Guillaume de Mauquest, signore di La Motte (1), che ha distinta un'infiammazione principiante nello psoas

(1) De La Motte, *Traité complet de Chir.*, 1771, t. I, pag. 278.

è caratterizzata sopra tutto dalla flessione della coscia. Al principio di questo secolo, Kyll de Wesel (1) studiò sopra tutto la psoite delle partorienti, di già segnalate da Lestiboudois (2). Le descrizioni di Kyll e di Ferrus (3) stabilirono i caratteri principali dell'affezione, studiata di poi ripetute volte in un certo numero di tesi, di Memorie o di articoli di dizionari (4).

Eziologia e patogenesi. — La psoite può risultare:

1° Da lesioni traumatiche;

2° Dalla propagazione d'un'infiammazione delle vicinanze;

3° Dalla determinazione locale d'una affezione generale piogenica. Questa localizzazione nel muscolo psoas può in alcuni casi essere la sola manifestazione valutabile dell'infezione e costituisce allora clinicamente la psoite detta spontanea od idiopatica.

Sulle psoiti *per propagazione d'un'infiammazione delle vicinanze* non ci fermeremo. Il muscolo può essere invaso da tutte le suppurazioni che si sviluppano intorno ad esso, qualunque ne sia l'origine, osteomielite dell'osso iliaco o delle vertebre lombari, ascesso iliaco superficiale, focolaio di peritonite suppurata, perinefrite, adeno-linfangite iliaca, ecc. In tutti questi casi è dapprima invaso il tessuto cellulare che circonda il muscolo, si ha peripsoite prima della vera psoite. Ma la guaina fibrosa, la *fascia iliaca,* non si lascia attraversare tanto facilmente in ogni luogo, e, se alla sua parte superiore, in corrispondenza dello psoas, può essere abbastanza rapidamente distrutta, nella metà inferiore della fossa iliaca, spessa e compatta, oppone al pus una barriera difficile da superare. In questo punto la guaina del muscolo non può essere invasa che per propagazione progressiva dell'infezione e non per ulcerazione.

Invece nelle osteomieliti dell'osso iliaco, l'effusione del pus per ulcerazione del periostio si fa direttamente nel muscolo iliaco, e senza dubbio parecchie osservazioni di psoiti ad evoluzione rapida e molto grave constatate in giovani individui, devono essere riferite ad osteomieliti della fossa iliaca.

La vera psoite, la suppurazione originata nel muscolo stesso, riconosce per causa sia un'*infezione generale,* sia un *trauma.*

Tutte le malattie infettive piogeniche possono provocare la suppurazione dello psoas: infezione purulenta, febbre tifoide, vaiuolo, ecc.; la psoite può in tutte queste infezioni restare la sola localizzazione od anche seguire o precedere la

---

(1) Kyll, *Mémoire sur la psoïte et les abcès du psoas* (*Rust's Magazin,* t. XLI e *Archives gén. de Méd.,* 1832, serie 2a, t. VI).

(2) Lestiboudois, Tesi di laurea di Parigi, 1819.

(3) Ferrus, art. Psoïte del *Dict. en 30 vol.,* t. XXVI.

(4) Ferrand, *Du psoïtis.* Tesi di Parigi, 1851. — Courvoisin, *Du psoïtis.* Tesi di Parigi, 1853. — Maujol, *Du psoïtis.* Tesi di Parigi, 1860. — Roy, *Étude sur le psoïtis traumatique.* Tesi di Parigi, 1873. — Marcano, *De la psoïte traumatique.* Tesi di Parigi, 1877, e *Progrès médical,* 1884, pag. 424. — Beck, *Abcès du psoas, suite de traumatisme,* ecc. (*Med. Times and Gazette,* 10 febbraio 1883). — Smith, Ascesso dello psoas (*Internat. Journ. of Surgery,* 1889, pag. 62). — Heurtaux, art. Psoïtis del *Dict. de Méd. et de Chir. pratique.* — Vincent, art. Psoïtis del *Dict. encycl. des Sciences médicales.*

formazione di altri ascessi. Abel (1) ha notata la successione d'un patereccio, d'un ascesso dello psoas e d'un idrotorace. Un'osservazione di Pantélakis (2) mostra una psoite ed una pericardite suppurata complicanti una cachessia palustre. Brunon (3) cita un caso nel quale si mostrò nello psoas e nella massa muscolare della spalla una miosite iperacuta tipica.

Ma fra tutte le infezioni, la setticemia puerperale occupa il primo posto nella eziologia della psoite. Si è attribuita altre volte una parte importante al trauma del parto, alle manovre ostetriche, per ispiegare la frequenza di questa psoite puerperale; si sono invocate le contusioni, gli schiacciamenti dello psoas, favoriti dalla struttura delicata del muscolo (Ferrand); le rotture, se esistono, non potrebbero prodursi in ogni caso col meccanismo indicato da Kyll, esagerato divaricamento delle coscie al momento del passaggio del bambino. Egli è certo che contusioni, rotture parziali del muscolo possono creare dei focolai di richiamo per l'infezione, ma qui come dovunque, è necessaria la penetrazione nell'organismo d'un agente infettivo, qualunque ne sia la natura, per la formazione d'un ascesso.

De La Motte e Withmore hanno segnalata la psoite reumatica, e Gendrin ha osservato un ascesso dello psoas al ventiquattresimo giorno di un reumatismo articolare acuto generalizzato; tutto induce a credere che si trattasse in questi casi di un'infezione concomitante o d'un pseudo-reumatismo infettivo.

Le *psoiti traumatiche,* bene studiate da Roy e da Marcano, s'osservano in individui giovani, quasi sempre uomini dai 25 ai 30 anni (4), soggetti a grandi fatiche corporali, costretti a lavori difficili.

Il traumatismo agisce in diverse maniere; ora colpisce direttamente il corpo del muscolo, come avviene per le contusioni lombari, addominali, inguinali, per le ferite prodotte da strumenti taglienti o da armi da fuoco; queste ultime sono sovente complicate colla presenza di corpi estranei, di scheggie; il proiettile può restare più o meno a lungo incistato e non provocare disturbi che molti anni dopo la ferita (5).

In altri casi la psoite traumatica succede sia ad uno sforzo brusco, ad una contrazione muscolare violenta, sia a ripetuti sforzi in un lavoro faticoso, a marcie forzate, ecc. Larrey ha riferito un caso, da tutti citato, nel quale la psoite si sviluppò in un uomo che aveva provata una brusca sensazione di rottura all'inguine, manovrando uno strumento di rame. Tillaux ha visto scoppiare l'affezione in un uomo che aveva tenuto per un giorno intero sulla coscia un organetto di Barberia.

---

(1) Abel, loc. cit. (citato da Vincent).

(2) *Arch. gén. de Méd.*, 1878, t. I, pag. 620.

(3) Brunon, *De la myosite infectieuse primitive.* Tesi di laurea di Parigi, 1888, pag. 117.

(4) È sottinteso che le psoiti di cui abbiamo precedentemente parlato, dovute manifestamente ad un'infezione generale, si sviluppano a tutte le età. Si citano dei casi nei vecchi (63 anni. Osserv. di Gangolphe, *Revue de Chir.*, 1889, pag. 240), nei neonati (Hemmer, *Zeitschrift für Geburtshülfe.* Berlino 1836, pag. 51), nei fanciulli da sei a dodici anni (Barrow, *Bull. médical*, 1890, pag. 689).

(5) Vaslin ha comunicata al Congresso di Chirurgia del 1885 l'osservazione di un uomo che davanti a Sebastopoli aveva ricevuto una scheggia d'obice nella fossa iliaca sinistra. Il proiettile non determinò fenomeni di suppurazione che in capo a 30 anni.

A parte i casi di ferita con inoculazione diretta, si tratta dunque sempre di rotture parziali o di contusioni del muscolo, o semplicemente di alterazioni consecutive ad un funzionamento esagerato, alterazioni che consistono sopra tutto in un accumulo di scorie organiche. Così si creano nel muscolo dei focolai eminentemente proprii allo sviluppo degli elementi infettivi. Quanto al punto di partenza dell'infezione stessa, è sempre difficilissimo, sovente impossibile determinarlo. Si tratta quasi sempre di soggetti stanchi, strapazzati, nei quali delle cattive condizioni igieniche hanno determinato un vero stato di miseria fisiologica. L'infezione è più o meno lenta, latente, e la sua sola manifestazione può essere questa localizzazione in un focolaio muscolare suppurato.

Anatomia patologica. — Le lesioni, d'ordinario unilaterali, possono essere limitate al solo psoas; il più delle volte invadono nello stesso tempo il muscolo iliaco, ed in parecchi casi, il quadrato dei lombi.

In generale il focolaio primitivo occupa lo psoas, sopra tutto nei casi di psoite detta traumatica. Le lesioni consistono in una miosite interstiziale suppurata. Il pus è talvolta raccolto in un focolaio centrale e può essere indizio di una rottura parziale (1); questo focolaio è circondato da tutte le parti da fibre muscolari più o meno alterate.

Altre volte si possono trovare dei piccoli ascessi comunicanti gli uni con gli altri. « Il focolaio purulento è circondato da una zona bruno-verdastra, nella quale si trova il tessuto congiuntivo interfascicolare infiltrato di cellule linfatiche e di globuli rossi, ed i fascetti muscolari contengono dei granuli grassi e pigmentarii » (2).

Ma d'ordinario la suppurazione non si presenta al momento dell'incisione sotto forma di focolai intramuscolari; essa è diffusa, tutto il muscolo è invaso, infiltrato, nero, friabile. Ad un grado più avanzato, esso è completamente distrutto, ridotto ad una specie di putrilagine nera o grigio-scura, di un odore fetido. Esiste infatti un vero sfacelo del muscolo.

Nell'infiammazione dello psoas, l'infiltrazione purulenta determina la trasformazione adiposa dei fasci primitivi e finalmente la loro necrosi (Cornil e Ranvier, *ivi*). Il contenuto del focolaio non è pus flemmonoso, ma un liquido nerastro, nel quale nuotano avanzi delle fibre muscolari ed in mezzo a cui si ritrovano intatti i cordoni nervosi ed i vasi. Le lesioni sono identiche nel muscolo iliaco e nel quadrato dei lombi.

Quando tutta la massa carnosa è così invasa e distrutta, il focolaio non ha più per limiti che quelli del canale iliaco: in avanti la *fascia iliaca*, all'indietro la fossa iliaca e le apofisi trasversali delle vertebre lombari.

La localizzazione delle lesioni al solo muscolo psoas, nettamente constatata in un certo numero di casi, è stata spiegata colla presenza, tra lo psoas e l'iliaco, di un'esile lamina cellulare che contiene in uno sdoppiamento il nervo crurale;

---

(1) Un esperimento di Marcano permette di comprendere questo ascesso centrale: « Se, dice egli, si praticano delle trazioni energiche sopra uno psoas separato dal cadavere, si possono esaurire le proprie forze senza produrre alcuna rottura apparente; se allora si taglia il muscolo, si trova qualche volta che le sue fibre centrali sono lacerate ».

(2) Cornil et Janvier, *Suppuration des muscles* (*Manuel d'histologie path.*, pag. 535, t. I).

Condamin (1), che ha data una buona descrizione di questa disposizione, le attribuisce una certa importanza dal punto di vista patologico. Koenig distingue pure nettamente gli ascessi dello psoas da quelli del muscolo iliaco (2).

Quando il psoas e l'iliaco sono nello stesso tempo alterati, il decorso della suppurazione dipende dallo stato della *fascia iliaca*. Infatti per lo più questa resiste e persino si ispessisce in maniera da mascherare il focolaio quando si apre l'addome. Il pus può dunque farsi strada verso le due estremità del canale iliaco, alla regione lombare od alla regione inguinale.

Alla regione lombare, dopo aver distrutto il quadrato dei lombi o girato attorno al suo margine esterno (Duplay), il focolaio può comparire negli strati superficiali, sotto l'aspetto d'un vero ascesso lombare. Ma in altri casi il pus si raccoglie nella parte inferiore della guaina, compare sotto l'arcata crurale, alla parte esterna della regione inguinale, può seguire la guaina sino al davanti del piccolo trocantere; quando tutta questa parte inferiore della guaina è invasa, la suppurazione può estendersi in certi casi all'articolazione dell'anca per mezzo della borsa dello psoas. Il pus si può spandere nei muscoli della coscia; lo si vide discendere sino al cavo popliteo.

Quando la *fascia iliaca*, assottigliata, ulcerata dalla suppurazione, si lascia perforare in uno o più punti, il pus può spandersi nel tessuto cellulare sottoperitoneale formando un ascesso iliaco superficiale.

Talvolta si perfora lo stesso peritoneo, ma è eccezionale che il focolaio si svuoti direttamente nella cavità peritoneale, provocando così una peritonite purulenta acutissima (3). Il più delle volte, si sono già stabilite delle aderenze tra il peritoneo della fossa iliaca ed i visceri vicini, e l'apertura si fa nel tenue, sia direttamente, sia per l'intermediario di focolai di peritonite circoscritta, (De La Motte, Etmüller), molto più raramente nel retto (Withmore) od ancora nella vescica (Etmüller) o nella vagina (Garnier).

Sintomi. — Il principio della psoite varia secondo che l'affezione si sviluppa nel decorso d'una malattia infettiva oppure per propagazione d'un'infiammazione delle vicinanze, od invece succede ad un trauma.

Nel primo caso l'esordio è il più delle volte lento, insidioso, i segni locali sono mascherati da fenomeni generali talvolta gravi, od anche dai sintomi dell'affezione vicina. Nella psoite puerperale, per esempio, la febbre coi suoi brividi irregolari, colla anoressia, colla stipsi, coi vomiti precede la comparsa dei sintomi locali.

Nella psoite traumatica di regola l'esordio è brusco od almeno l'attenzione viene d'un subito attratta alla fossa iliaca da un dolore più o meno vivo, talvolta atroce, che rende impossibile il camminare, talvolta più sordo e continuo, che permette ancora al malato di camminare zoppicando.

(1) Condamin, *De la trépanation du bassin comme traitement de la psoite*. Tesi di Lione, 1888, n. 423.

(2) Koenig studia il decorso della suppurazione dietro esperimenti forse un po' teorici: iniettando nella guaina dello psoas una sostanza capace di solidificarsi, questa si porta dapprima in basso ed in alto, ed è necessaria una pressione considerevole perchè l'iniezione passi nella guaina dell'iliaco.

(3) Perrochaud, *Ouverture d'une psoïtis dans le péritoine* (*Bull. de la Soc. anat.*, serie 1ª, t. XII, pag. 205).

Ma l'intervallo che separa il trauma da queste prime manifestazioni è variabile. Ora i fenomeni scoppiano pressochè immediatamente dopo il trauma, dopo la rottura muscolare; ora i dolori, dapprima leggieri, non obbligano il malato a mettersi a letto che in capo ad alcune settimane. In un'osservazione di Dance (1) la psoite non si dichiarò che tre mesi dopo una caduta sul lato destro.

L'affezione confermata si rivela con un complesso di sintomi locali abbastanza caratteristici e con *sintomi generali* comuni a tutte le suppurazioni.

Il *dolore*, primo segno locale, è frequentemente limitato alla regione lombare od alla fossa iliaca ed alla piega dell'inguine; ma talvolta si estende alla coscia, irradiandosi lungo il tragitto dei nervi del plesso lombare che attraversano il focolaio; più raramente rimonta verso la spalla corrispondente. Ordinariamente molto vivo, lancinante, esso viene esasperato colla pressione sui lombi o sulla fossa iliaca e dai movimenti d'estensione o di rotazione impressi alla coscia.

Per immobilizzare lo psoas in uno stato di rilasciamento, l'arto del lato affetto prende un'*attitudine* affatto speciale. La coscia è in *flessione* ed in *rotazione allo esterno*. Quando si esamina il malato coricato, quest'attitudine colpisce subito l'attenzione; la gamba è nello stesso tempo flessa, il piede riposa sul letto col margine esterno o col tallone; il malato s'inclina a mezzo, il più delle volte sul lato malato, per sostenere ed immobilizzare la coscia nella sua posizione. Nella posizione eretta, quest'attitudine si rivela con una flessione del tronco che è inclinato in avanti dal lato affetto; il camminare non è possibile senza una claudicazione che ricorda quella dei coxitici.

La flessione della coscia combinata coll'adduzione e colla rotazione all'esterno è stata considerata come il segno patognomonico della psoite. Tuttavia in alcuni casi bene osservati si son viste mancare isolatamente o simultaneamente la flessione e la rotazione (Vigla, Bourienne, N. Guillot, Desprès). Si son persino osservate l'adduzione e la rotazione interna (Nélaton, Chassaignac), probabilmente nei casi in cui lo psoas era completamente distrutto, come fa giustamente notare Duplay.

Il *tumore* della psoite appare in un'epoca variabile; talora, secondo Marcano, sarebbe apprezzabile già due o tre giorni dopo i primi fenomeni dolorosi, talora non si manifesta che in capo a quindici giorni, ad un mese e più. Questa tumefazione occupa la regione del muscolo psoas iliaco; essa può estendersi dal piccolo trocantere all'orlo delle false coste. In generale, compare alla regione inguino-crurale o alla regione lombare; in ogni caso, in questi due punti è ben presto possibile percepire la fluttuazione, più difficile da riconoscere nella tumefazione profonda, dura, immobile che occupa la fossa iliaca e la parte corrispondente dello psoas. In questi punti facilmente accessibili delle estremità della guaina si vede che il tumore fluttuante si tende durante gli sforzi e la tosse, che si può ridurre in parte per mezzo della pressione e trasmettere così la fluttuazione alla porzione media intra-addominale della raccolta.

La tumefazione è qualche volta poco accusata, e si citano dei casi nei quali, alla stessa autopsia non si potè constatare alcuna lesione apparente, prima della incisione della *fascia iliaca*.

---

(1) *Arch. gén. de Méd.*, 1824, t. XXX.

Si è segnalato talvolta un edema dell'arto corrispondente per compressione o piuttosto per trombosi della vena iliaca.

La psoite si accompagna con *sintomi generali*, la cui comparsa può essere precoce. La febbre è talvolta persino il sintomo iniziale, come nel flemmone perinefritico col quale la psoite ha più analogia. La formazione del pus è sovente indicata da brividi irregolari, da una nuova elevazione di temperatura, da fenomeni gastro-intestinali, qualche volta da fenomeni nervosi gravi. Questi sintomi generali possono provare una manifesta remissione quando il pus è raccolto (Duplay).

Ma, nelle psoiti a decorso insidioso, nelle psoiti secondarie, i fenomeni generali sono sovente appena accennati; essi possono ridursi ad un leggiero malessere, a stanchezza e ad una debole elevazione di temperatura.

Decorso ed esito. — Il decorso della psoite è quasi sempre acuto; esso può essere iperacuto e produrre la morte in otto giorni quando non è che la manifestazione locale d'una grave infezione generale. Per lo più la malattia fa il suo decorso in quattro a sei settimane.

L'esito per risoluzione è affatto eccezionale. La suppurazione è la regola, ed il pus può farsi strada, come abbiamo visto, in differenti direzioni.

Quando l'ascesso tende ad aprirsi all'esterno, i dolori diventano più vivi, lancinanti, il tumore si disegna più nettamente, i tegumenti arrossano. Noi abbiamo già visto che quest'apertura si può fare sia alla regione lombare, sia nel triangolo di Scarpa. Ho anche descritte le diffusioni purulente che possono farsi nella coscia, nel tessuto cellulare sotto-peritoneale e di là nel bacino, per poi uscire per l'incisura sciatica. Tutte queste complicazioni dell'evoluzione dell'ascesso abbandonato a sè stesso aggravano singolarmente il pronostico. L'apertura del focolaio nell'intestino sarebbe quasi sempre fatale, dice Peyrot (1), d'accordo con Grisolle e Chassaignac.

Basterà segnalare la morte immediata per la penetrazione del pus nella vena cava e la peritonite acutissima per apertura diretta del focolaio nel peritoneo.

La morte, nei casi ordinari, non sopravviene che in capo a parecchie settimane, talvolta dopo qualche mese; essa è dovuta alla setticemia lenta che risulta dalle suppurazioni prolungate. Alcune complicazioni possono accelerare lo scioglimento fatale, per esempio, la peritonite e le ulcerazioni vascolari. Polaillon (2), ha riferita la storia di una donna affetta da psoite traumatica che soccombette subitamente ad un'embolia cardiaca il cui punto di partenza era una flebite per propagazione alla vena iliaca esterna.

In un caso di psoite consecutiva ad una febbre tifoide, Gosselin (3) ha visto la suppurazione determinare uno scollamento dell'epifisi superiore del femore ed un'artrite iperacuta dell'anca.

La *prognosi* è sempre di una grande gravità. La guarigione è rara sopra tutto nelle psoiti non traumatiche. Essa è rara anche quando l'ascesso si apre all'esterno.

---

(1) Peyrot, *Pathologie externe*, t. III, pag. 629.

(2) *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1879, t. IV, pag. 339.

(3) Gosselin, *Gaz. des hôp.*, 1879, pag. 569.

Oggidì l'incisione precoce del focolaio e l'uso d'un'antisepsi rigorosa modificano questa prognosi. Tuttavia, anche nei casi favorevoli, la guarigione è sempre lenta; non è raro osservare durante molti mesi una placca indurita nella fossa iliaca.

Non bisogna dimenticare inoltre che la distruzione più o meno estesa dello psoas iliaco lascia per conseguenza delle alterazioni irrimediabili, una deviazione, una retrazione permanente della coscia, o, se questa deviazione è stata combattuta a tempo, una rigidezza, un'immobilizzazione del membro nell'estensione.

Diagnosi. — La diagnosi presenta sovente reali difficoltà, sopra tutto al principio; essa riposa intieramente sui due caratteri fondamentali che presenta già l'affezione in questo momento: dolore lombare che si estende lungo lo psoas con irradiazioni alla coscia, flessione permanente della coscia con rotazione esterna. È in generale facile, cercando questi sintomi, distinguere la psoite dalle nevralgie crurali o lombari, dalle uretero-pieliti segnalate come cause d'errore [e dalla appendicite (D. G.)].

Occorre qualche volta un esame attento per evitare la confusione con una coxalgia che determina la stessa attitudine viziosa. L'esplorazione dell'articolazione, l'assenza dei punti dolorosi caratteristici dell'artrite coxo-femorale, la sede ben constatata del dolore nello psoas ed alla regione lombare, permetteranno di evitare l'errore.

Quando la tumefazione si è sviluppata, la psoite può essere confusa con un ascesso perinefritico; la limitazione esatta del tumore alla regione lombare, la ricerca dei dati anamnestici, l'esame delle orine forniranno qui gli elementi della diagnosi.

Quando l'ascesso fa sporgenza nel triangolo di Scarpa, si può credere ad un ascesso per congestione, se i fenomeni generali sono poco accusati, se il decorso dei fenomeni locali è stato insidioso. Bisogna allora esplorare con cura la colonna vertebrale ed il bacino per assicurarsi che non esistano in nessun punto alterazioni ossee.

L'osteomielite dell'osso iliaco può dare luogo ad un vero ascesso della guaina iliaca, previa rottura dell'ascesso sotto-periosteo. Qui l'intensità dei fenomeni generali, l'età del malato, la rapidità del decorso, il dolore violento risvegliato dalla pressione sull'osso iliaco saranno i soli caratteri che permetteranno di fare la diagnosi.

Nel flemmone iliaco, il tumore è più superficiale, più sporgente nella fossa iliaca, la contrazione della coscia meno accusata.

Nelle psoiti secondarie, nelle psoiti puerperali sopra tutto, il decorso lento ed insidioso rende quasi sempre la diagnosi difficilissima. « Ogni psoite a decorso lento potrà essere confusa con un ascesso per congestione, con un ascesso perinefritico, con un ascesso iliaco. In questo caso, più che in qualunque altro, saranno affatto necessari per istabilire la diagnosi un esame completo degli organi vicini ed uno studio profondo del decorso e dei dati anamnestici » (Peyrot).

Cura. — In sul principio bisogna prescrivere il riposo assoluto a letto, l'immobilizzazione dell'arto, l'uso dei narcotici (Duplay).

Tosto che è possibile percepire una pastosità profonda, che si può supporre la presenza del pus, bisogna, senza attendere che la fluttuazione divenga evidente, andare alla ricerca del focolaio ed aprirlo largamente.

La situazione profonda di questo focolaio, la difficoltà dell'evacuazione completa e permanente anche con grossi tubi da drenaggio, necessitano sovente molte incisioni; 1° incisione lombare, orizzontale, immediatamente al disopra della cresta iliaca; 2° incisione iliaca, parallela all'arcata crurale ad un dito trasverso al disopra di quest'arcata, sbrigliando largamente l'aponeurosi iliaca; 3° incisione della guaina dello psoas, sia immediatamente al disotto dell'arcata, sia a livello del piccolo trocantere; 4° infine trapanazione dell'osso iliaco, la quale permette di assicurare lo scolo permanente del pus nel punto più declive.

Per assicurare il largo drenaggio della fossa iliaca, Verneuil ha raccomandato, dopo l'incisione lombare ed il distacco dell'inserzione dei muscoli che partono dalla cresta iliaca, di praticare in questa cresta una incisione sufficientemente estesa. Weiss (1) ha proposta la trapanazione della fossa iliaca, ma la riserba solamente agli ascessi del muscolo iliaco, che non hanno tendenza, come quelli dello psoas, a discendere nella parte inferiore della guaina.

Più recentemente Gangolphe (2) ha praticata questa trapanazione per psoiti, ed ha dimostrata la necessità di intervenire prontamente per evitare precisamente questa diffusione del pus nella parte inferiore della guaina e l'invasione possibile dell'articolazione coxo-femorale.

Questa operazione, raccomandata da Ollier, da Vincent, a cui ha dato dei buoni risultati, è stata studiata bene da Condamin (3); questo autore dà come punto di elezione per la perforazione dell'osso iliaco il punto medio di una linea che unisca la spina iliaca antero-superiore alla spina iliaca postero-superiore, punto di repere facile da ritenere, facile da determinare sul vivo e che corrisponde quasi esattamente a quello indicato da Gangolphe (a tre dita trasverse al disotto del punto più elevato della cresta, a cinque dita trasverse all'indietro della spina iliaca antero-superiore).

La trapanazione fatta abbastanza largamente per assicurare il libero scolo del pus può essere facilmente associata alle altre incisioni precedentemente indicate, secondo la situazione e l'estensione dell'ascesso. La combinazione di queste diverse incisioni permette di arrivare ad una disinfezione completa del focolaio e ad un drenaggio perfetto. Basta dopo di ciò procurare che nella medicazione vi abbia l'antisepsi più severa.

Dopo che la cavità dell'ascesso sia bene disinfettata ed in via di riparazione, è necessario sorvegliare attentamente la posizione della coscia e ricondurla nella estensione; questa estensione dovrà essere accuratamente mantenuta sino dopo la cicatrizzazione completa per evitare la flessione della coscia che risulterebbe dalla retrazione dei tessuti fibrosi che sostituiscono il muscolo distrutto.

---

(1) Weiss, *Étude sur la trépanation de l'os iliaque appliquée au traitement de certaines lésions de la fosse iliaque interne.* Tesi di laurea di Parigi, 1880, n. 1.

(2) Gangolphe, *De la trépanation du bassin comme traitement de la psoïte suppurée* (*Revue de Chir.*, 1889, pag. 241).

(3) Condamin, *De la trépanation du bassin comme traitement de la psoïte.* Tesi di laurea di Lione, 1888.

II. — FLEMMONI ED ASCESSI DELLA FOSSA ILIACA

Gli ascessi d'origine variabile che si sviluppano nella fossa iliaca possono essere classificati secondo la loro sede primitiva in:

1º Ascessi sotto-periostei;

2º Ascessi sotto-aponeurotici, o della guaina dello psoas;

3º Ascessi sotto-peritoneali;

4º Ascessi intra-peritoneali, focolai di peritonite localizzata alla regione iliaca.

Gli ascessi della prima varietà appartengono alla storia delle osteiti del bacino.

Gli ascessi della guaina dello psoas si confondono con quelli che sono stati descritti nel capitolo precedente.

Infine le peritoniti suppurative incistate sono già state studiate nel precedente volume di quest'Opera. Non mi resta dunque da descrivere qui che il vero flemmone iliaco, quello che nasce e si sviluppa nel tessuto cellulare situato fra l'aponeurosi iliaca ed il peritoneo.

Già conosciuto alla fine del secolo scorso, grazie ai lavori di De la Motte, di Ledran, di Pujos, di Levret, di Bourienne, il flemmone iliaco è sopra tutto stato studiato, dal punto di vista clinico, al principio di questo secolo, e ben poco venne aggiunto alle magistrali descrizioni che ci hanno lasciato Dupuytren, Dance, Ménière, Bricheteau, Velpeau, Grisolle ed i loro allievi (1).

Velpeau, Chassaignac (2), Desprès (3), Paquy (4), Atlee (5) hanno dimostrato la parte importante che sostengono la linfangite e l'adenite nella produzione del flemmone iliaco.

Eziologia e patogenesi. — Fino a questi ultimi anni regnò una grande confusione relativamente alle infiammazioni della regione iliaca consecutive a lesioni del cieco o dell'appendice. È evidente che la maggior parte delle appendiciti sono state comprese sotto la denominazione di flemmoni iliaci e che bisogna tener conto di questo fatto nelle descrizioni che ci hanno trasmesse gli autori classici. La conoscenza più esatta dell'anatomia del cieco e dell'appendice, lo studio delle peritoniti peri-appendicolari, verificate nel corso dell'intervento chirurgico, hanno singolarmente illuminata la patogenesi degli ascessi della regione iliaca (Vedasi vol. VI, parte 1ª, pag. 486).

---

(1) Dupuytren, *Leçons de clinique chirurg.*, t. III, pag. 516. — Dance, *Mémoire sur quelques engorgements inflammatoires qui se développent dans la fosse iliaque droite* (*Répert. d'anatomie, et de physiol.*, t. IV, pag. 74, e *Dict. en 30 vol.*, t. I). — Ménière, *Sur les tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite* (*Arch. gén. de Méd.*, 1827, t. XVII, pag. 188). — Grisolle, *Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques* (*Arch. gén. de Méd.*, 1839, t. IV e *Traité de pathologie interne*, t. I, pag. 508). — Velpeau, *Leçons de Clin. chir.*, 1840, t. III. — Van Lair, *Contribution à l'histoire clinique des lymphadénites viscérales* (*Bull. de l'Académie royale de Méd. de Belgique*, 1869, t. III, serie 3ª, n. 2). — Piotay, Tesi di Parigi, 1837. — Le Batard, *Id.*, 1857. — Tranoy, *Id.*, 1838. — Jacotot, *Id.*, 1846. — Herment, *Id.*, 1847. — Simon, *Id.*, 1848. — Blatin, *Id.*, 1858. — Benech, *Id.*, 1878.

(2) Chassaignac, *Traité de la suppuration*, t. II, pag. 379.

(3) Desprès, art. Iliaque del *Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, t. XVIII, pag. 386.

(4) Paquy, Tesi di laurea di Parigi, 1876.

(5) Atlee, *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1883, pag. 463.

Il flemmone iliaco si osserva il più delle volte negli uomini dai 20 ai 30 anni e sovente negli individui vigorosi (Grisolle): nella donna, lo s'incontra sopra tutto durante lo stato puerperale.

I traumatismi di ogni natura, contusioni, sforzi violenti, ferite contuse, ferite prodotte da arma da fuoco, soggiorno di proiettili, di corpi estranei, fratture complicate del bacino, possono evidentemente provocare la suppurazione del tessuto cellulare sotto-peritoneale con differenti meccanismi; ma in questi casi la suppu razione è raramente limitata, essa si estende d'ordinario agli altri strati della fossa iliaca.

Il flemmone iliaco riconosce come cause principali le affezioni dell'intestino, e nella donna le infiammazioni dell'apparato genitale e sopra tutto le infezioni puerperali.

Tra le affezioni del tubo digerente che gli dànno origine bisogna citare anzitutto quelle del cieco e dell'appendice, sopra tutto quando esse vanno unite a perforazione ed a penetrazione di corpi estranei (materie fecali, acini, noccioli di ciliegie, spilli, ecc.) nel tessuto sotto-peritoneale. L'*S* iliaca è più raramente la parte lesa.

Nella donna, il flemmone della fossa iliaca si osserva sopra tutto nelle puerpere (flebiti, angioleuciti uterine). Grisolle pensava che esso fosse più frequente nelle primipare e che si sviluppasse dal terzo al decimo giorno dopo il parto, ma lo si può incontrare nel decorso di metriti non puerperali, nelle infiammazioni delle ovaie, delle trombe e dei legamenti larghi.

Esso può anche susseguire ad un'adenite inguinale o iliaca, ad una semplice angioleucite profonda (Velpeau); in certi casi era consecutivo ad un'ulcera della gamba o ad una scalfittura del piede (Després).

Notiamo infine che può succedere ad un flemmone perinefritico, ad una psoite, ad un flemmone periprostatico (Segond), all'infiammazione di un testicolo ectopico (Poulet), ad un cancro o ad un restringimento del retto.

Si vede quanto siano varie le cause capaci di produrre gli ascessi della fossa iliaca; anche la patogenesi è varia, e si può utilmente classificare questi ascessi in quattro gruppi, secondo la loro patogenesi:

1° *Ascessi da causa generale infettiva.* — Questi ascessi non differiscono per nulla da quelli che si osservano altrove; i microbii piogeni portati per la via sanguigna, si arrestano in questo punto e vi producono un'infiammazione suppurativa;

2° *Ascessi per propagazione.* — Un flemmone perinefritico od un flemmone peri-uterino possono spingersi nella fossa iliaca; un'infiammazione peri-rettale risalendo nello strato cellulare del mesoretto guadagnerà facilmente il tessuto cellulare della fossa iliaca sinistra.

3° *Ascessi da cause angioleucitiche od adenitiche.* — Questi ascessi, un tempo ritenuti rari, sono certamente i più frequenti. Digià Velpeau e Chassaignac avevano segnalati degli ascessi sotto-peritoneali dipendenti dall'infiammazione suppurativa del gruppo linfatico collocato al lato interno della fossa iliaca. Dolbeau, Després, Van Lair, Paquy, hanno dimostrato che un grande numero di flemmoni della fossa iliaca non sono che adeno-flemmoni. È attualmente accertato che gli ascessi post-puerperali devono essere il più delle volte considerati come dovuti alla propagazione di un'angioleucite uterina e peri-uterina al sistema linfatico della fossa iliaca;

4° *Ascessi da causa intestinale.* — Si tratta sopra tutto in questa categoria di fatti d'ascessi consecutivi ad alterazioni del cieco. Pare che essi riconoscano una doppia patogenesi, sulla quale ha insistito Aug. Broca (1). Talora l'infiammazione si propaga dal cieco ai ganglii sotto-sierosi della sua faccia posteriore; l'adenite e la periadenite sono senza dubbio una causa seria di peritonite subacuta, localizzata ed adesiva. Una volta stabilite le aderenze, è possibile che l'infiammazione vada più lungi, ed alcuni flemmoni sotto-peritoneali della fossa iliaca, non stercoracei al principio, sarebbero degli adeno-flemmoni retrocecali.

Tuttavia le cose vanno per lo più altrimenti: la parete posteriore del cieco e sopra tutto quella dell'appendice ileo-ciecale si lasciano perforare dopo avere contratte delle aderenze col peritoneo della fossa iliaca; nel tessuto cellulare sottostante a questa membrana si fa uno spandimento di materie fecali. Così nascono dei flemmoni stercoracei della fossa iliaca. È con quest'ultimo meccanismo che ordinariamente si originano gli ascessi iliaci da causa intestinale.

Anatomia patologica. — Dal punto di vista anatomico, vi sono poche particolarità da notare. La sede degli ascessi sotto-sierosi della fossa iliaca è subordinata alla causa che loro ha dato origine. Essi sono più frequenti a destra, in ragione della presenza del cieco. Secondo Grisolle i flemmoni post-puerperali occupano di preferenza il lato sinistro.

Il focolaio purulento ha limiti variabili. Al principio esso è sovente piccolo (periadenite suppurata) ed il flemmone è circoscritto; le sue pareti sono costituite dal peritoneo ispessito e dalla *fascia iliaca.* Più tardi esso si estende, si diffonde; lo si vede talvolta discendere nella coscia, comparire alla natica, risalire fino ai lombi ed al diaframma. La *fascia iliaca* può lasciarsi perforare, il muscolo psoas iliaco viene allora distrutto in parte, l'osso iliaco messo a nudo in diversi punti. I nervi sono d'ordinario intatti, i grossi vasi per lo più resistono; tuttavia se ne vide qualche volta la parete friabile, rammollita, e si citano dei casi di trombosi, d'ulcerazione delle vene iliache (Barlow, Powel).

Il pus è ora flemmonoso, omogeneo, ora grigiastro, nerastro, mescolato con corpi estranei, con gas (Bolet) (2), con materie stercoracee; queste ultime tuttavia passano raramente nelle cavità dell'ascesso (Dupuytren, Grisolle), perchè le tonache intestinali scollate formano una valvola che permette bensì il libero scolo del pus nell'intestino, ma si oppone alla penetrazione delle materie stercoracee nel focolaio.

Si può incontrare nel cieco o nell'appendice l'ulcerazione che è stata l'origine dell'ascesso. In altri casi, l'intestino primitivamente sano si rammollise al contatto del pus e presenta una o più perforazioni a pareti oblique. Ho già indicato più sopra l'evoluzione degli ascessi della fossa iliaca.

Sintomi. — Qualunque sia la causa determinante, il flemmone della fossa iliaca si presenta press'a poco sempre sotto lo stesso aspetto clinico.

(1) *Le cæcum et la fosse iliaque* (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1888, pag. 580).
(2) Tesi di Parigi, 1879.

Esso esordisce molto sovente subito con fenomeni dolorosi ($^{49}/_{57}$, Grisolle), qualche volta con una difficoltà nel camminare, con stitichezza, con vomiti, con diarrea, infine con brividi nelle puerpere. Duplay dice che bisogna temerne la comparsa quando dopo il parto persiste un tumore al basso ventre, una pastosità ed un edema dell'arto inferiore. Quando l'affezione è costituita, si rivela con segni funzionali, fisici e generali.

Tra i *segni funzionali*, i più importanti sono: il dolore ed i disturbi digestivi.

Il *dolore* è qualche volta sordo, profondo, paragonato dall'ammalato a semplici coliche, ad uno intontimento, ad un formicolìo incomodo (Grisolle). Più spesso è acuto, lancinante, simile a quello della peritonite. Dapprima, esso è mal localizzato, riferito all'inguine, all'ipogastrio. Più tardi i suoi caratteri si delineano, ha sede nella regione iliaca; è spontaneo, viene esagerato dalla pressione, dai colpi di tosse e dai movimenti del tronco. Si irradia in diverse regioni dell'addome, verso l'arto inferiore o verso gli organi genitali. Determina talvolta la flessione della coscia, ma questa flessione differisce dalla contrazione osservata nella psoite.

I *disturbi digestivi* sono molto rari, e consistono secondo i casi in inappetenza, in nausee, in diarrea, in costipazione. Secondo Desprès, la costipazione è sopra tutto frequente quando il flemmone ha sede nel lato sinistro, ed i vomiti devono essere riferiti ora ad un'irritazione del peritoneo, ora ad un'adenite, ora ad una infiammazione pericecale.

Da principio l'*esame fisico* non fornisce guari dei dati, e la modificazione del colorito della pelle, la pastosità, non sono valutabili che quando esiste un *tumore*. Questo è talvolta difficile da esplorare, sia a causa del meteorismo, sia a causa dei dolori che provoca la pressione esercitata sulla parete addominale e della contrazione riflessa dei muscoli della parete; bisogna allora, per precisare la diagnosi, ricorrere all'esame col cloroformio. Il tumore è dapprima, sopra tutto quando si tratta di un adeno-flemmone, facilmente delimitabile; esso è nei primordi duro, con superficie uniforme, renitente, senza alcuna pulsazione; gli si potrebbe imprimere, secondo Chassaignac, un leggero spostamento nel senso trasversale. Più tardi tende a far prominenza verso i tegumenti della fossa iliaca e della regione inguinale, che sono la sede di una pastosità e di un rossore ben più accentuato che nella psoite; poi esso si rammollisce, si appiattisce e diviene manifestamente fluttuante. Dacchè acquista un volume notevole, determina sovente dei fenomeni di compressione, di costipazione, od anche dei fatti di ostruzione intestinale (compressione dell'intestino), edema dell'arto inferiore (compressione della vena iliaca), dolori nevralgici (compressioni nervose). Qualche volta Grisolle ha constatata pure una diminuzione nell'energia dei battiti dell'arteria femorale.

I *sintomi generali* sono quelli di tutte le infiammazioni. Nel principio, la febbre è poco intensa, sebbene continua; ma essa esiste almeno nei tre quarti dei casi. Più tardi, quando l'ascesso si forma, si osservano brividi, insonnia, elevazioni vespertine della temperatura, ecc.

Evoluzione. — Il flemmone della fossa iliaca può terminare colla risoluzione, coll'indurimento, colla gangrena, infine e sopra tutto colla suppurazione.

La risoluzione è così eccezionale che è stata negata da alcuni autori. Bisogna infatti diffidare di questa forma di esito e non ammetterla che con riserva. Chassaignac ha dimostrato che gli ascessi della fossa iliaca sono fra quelli che presentano il più sovente il fenomeno da lui descritto sotto il nome di *falso aborto degli ascessi*.

L'indurimento è più frequente. Allora si trova, dice Tillaux, nella fossa iliaca e nello spessore della parete addominale una massa più o meno voluminosa, qualche volta enorme, che può risalire sino all'ombelico ed è notevole per la sua estrema durezza; questo indurimento rimane stazionario per un tempo molto lungo, ma la risoluzione, una volta cominciata, procede in fretta.

La gangrena può sopravvenire d'un colpo nei flemmoni eminentemente settici e negli ascessi stercorali. Nelle altre varietà è rara e non offre niente di speciale da notare. Questa complicazione terminava altre volte quasi costantemente colla morte.

La suppurazione sembra essere l'esito inevitabile dei flemmoni puerperali ($^{16}/_{17}$ Grisolle). Più precoce negli adeno-flemmoni, essa può tenersi nascosta fino verso il 25°, il 30°, il 70° giorno nelle altre varietà di ascessi iliaci.

Sia che il pus si raccolga rapidamente o lentamente, esso può farsi strada verso l'esterno o verso la cavità addominale.

L'apertura alla superficie della parete addominale è la regola e si osserva nei due terzi dei casi. L'ascesso fa punta al disopra dell'arcata crurale, presso la spina iliaca antero-superiore e può respingere il peritoneo in alto, scollarlo dalla parete ed aprirsi una via d'uscita all'ombelico (A. Bérard). È raro che il tumore compaia nel triangolo di Scarpa, a meno che il pus non abbia guadagnata la guaina dello psoas o seguìti i vasi iliaci. Più sovente, in causa della posizione orizzontale ordinaria dei malati, della lassezza del tessuto cellulare, il pus si spinge verso la regione superiore dell'addome o verso la natica. Si citano dei casi di apertura alla regione lombare, vicino al grande trocantere (Vigla). Il pus, scollando il peritoneo della regione pubica, può passare da una fossa iliaca all'altra.

In altre circostanze, l'evacuazione del pus si fa negli organi cavi dell'addome, nel cieco, nel colon, nell' *S* iliaca, nel retto, ben più raramente nella vescica (Dance), nel collo uterino (Husson), negli sfondati vaginali (Després), nella vena cava inferiore (Demeaux).

Al momento dell'apertura nell'intestino, ordinariamente si constata che il tumore cede ed i fenomeni dolorosi si mitigano in modo passeggiero o definitivo.

Gli ascessi possono farsi strada simultaneamente in più direzioni. Ménière riferisce un caso di evacuazione pel crasso e per la vescica; più sovente si osservano delle fistole stercoroso-purulente, uniche o multiple, che hanno sede più specialmente in vicinanza del legamento di Falloppio. Questo esito con fistola parrebbe abbastanza frequente e, sopra 112 casi di fistole piostercorali riuniti nella tesi di Blin, 31 erano consecutive a flemmoni iliaci.

Qualunque sia il punto dove si apre il focolaio, l'evacuazione produce un sollievo, anche quando la malattia deve avere un esito fatale. La morte sopravviene subito al principio, particolarmente negli ascessi stercoracei (Grisolle). Negli altri casi il malato soccombe ad una peritonite acuta, per propagazione o per perforazione; soventi muore esaurito da una lunga suppurazione.

Quando avviene la guarigione, essa è sempre lenta e sovente incompleta. Si può veder persistere un indurimento iliaco, che diventa il punto di partenza di una ricaduta, una fistola stercorale, edema dell'arto: si può veder comparire uno sventramento in corrispondenza della cicatrice dell'ascesso. La disposizione della regione rende difficile l'accostamento delle pareti, ed il decubito orizzontale si oppone al libero scolo del pus; Blandin vide prodursi un'ernia del cieco, attraverso un orifizio fistoloso persistente.

Diagnosi. — Un esame incompleto ha talvolta potuto far credere da un tumore dell'ovaio, della milza, dei reni, ad un tumore osseo del bacino, ad un cancro del crasso. In altri casi, una contrazione fortuita e parziale dei muscoli addominali, un flemmone della parete possono far credere ad una tumefazione della fossa iliaca (Trélat) (1).

I tumori stercoracei sono meno resistenti alla palpazione dei tumori infiammatori al loro inizio; essi si lasciano deformare e si modificano dietro l'amministrazione d'un purgante (Piorry).

Basta indicare gli ascessi ossifluenti d'origine vertebrale, i flemmoni perinefritici che invadono la fossa iliaca; io mi limito qui a ricordare i caratteri attribuiti alle flemmasie primitivamente sviluppate in questa fossa iliaca, facendo osservare che la diagnosi non è sempre facile, perchè il pus non rispetta sempre le barriere anatomiche e può occupare simultaneamente parecchi piani.

L'ascesso intra-peritoneale, la peritonite incistata della fossa iliaca offre alcuni caratteri speciali (Chassaignac): vi dominano i fenomeni peritonitici, il dolore è vivo, puntorio, la tumescenza è più molle, fluttuante fin dal principio; inoltre, secondo Monneret e Fleury, essa sarebbe più superficiale, più mobile, accessibile all'esplorazione vaginale o rettale.

Nella psoite, il dolore più vivo, più irradiantesi, è meno esagerato dalla pressione della fossa iliaca che dai movimenti della coscia; fin dal principio esiste una retrazione ed una deviazione dell'arto inferiore quasi patognomoniche; la tumefazione, infine, è meno apprezzabile, e l'ascesso tende a farsi strada, non al disopra dell'arcata crurale, ma nel triangolo di Scarpa, o nella regione lombare.

Nell'ascesso sotto-periosteo il dolore è vivo e profondo, il tumore fa poca sporgenza, si diffonde progressivamente sopra una grande estensione dell'osso iliaco; il pus è fetidissimo, lo stato generale molto grave.

Si può, in certi casi, stabilire la diagnosi della causa; così la peri-adenite suppurata, il flemmone angioleucitico succedono ad una lesione degli arti inferiori, degli organi genitali; la linfangite è talvolta clinicamente riconoscibile ed il tumore multilobulato al principio può essere localizzato nelle ghiandole linfatiche.

Quando questi caratteri mancano ed i disturbi digestivi hanno aperta la scena, quando l'affezione occupa il lato destro, si penserà ad un flemmone pericecale; in questo caso la tumefazione ha sede primitivamente più in alto e più all'infuori; l'apertura nell'intestino è più frequente che nel flemmone d'origine linfatica (Paquy).

---

(1) *Clinique chir.*, t. II, pag. 25.

Prognosi. — Essa è subordinata alla causa, alla sede, al decorso dell'ascesso. Così i flemmoni post-puerperali e gli ascessi stercoracei non potrebbero in alcun modo essere considerati parallelamente ai flemmoni idiopatici o pericecali senza perforazione. L'adeno-flemmone è meno grave dell'infiammazione primitiva del tessuto cellulare. Secondo Desprès, di tutte le aperture interne, quella che si fa nella vagina sarebbe la più favorevole. Non bisogna dimenticare che le fistole stercoroso-purulente sono più gravi di quelle che si aprono esclusivamente sia all'interno, sia all'esterno.

Cura. — Al principio sono indicati un leggero purgante, il riposo, la medicazione antiflogistica (vescicanti, sanguisughe [?, l'applicazione di ghiaccio, (D. G.)], frizioni mercuriali). Dal momento in cui si suppone la formazione del pus, bisogna intervenire e non attendere, come voleva Dance, sperando l'apertura spontanea nell'intestino. Benchè le punture, le lavature con acqua fenicata, e le iniezioni di tintura di jodio abbiano potuto dare qualche buon risultato, l'*incisione antisettica*, resta il processo di elezione. Essa deve essere larga e precoce. Si dividerà a strato a strato la parete addominale, parallelamente alla metà esterna dell'arcata femorale, tenendosi il più vicino possibile a quest'arcata. Per favorire il libero scolo del pus è soventi indicato di fare col trequarti curvo di Chassaignac una controapertura alla regione lombare, nella vagina, alla coscia, ecc. L'incisione soprainguinale è l'incisione d'elezione che bisogna sempre fare, anche quando l'ascesso tende ad aprirsi in un punto anormale o si è aperto nell'intestino. Le vaste raccolte che occupano tutta la fossa iliaca saranno soventi da trattare colla trapanazione del bacino.

Infine, non bisogna perdere di vista le complicazioni che possono richiedere una cura speciale.

III. — ADENITI ILIACHE

I gruppi ganglionari che occupano la fossa iliaca possono essere sede di una infiammazione acuta, o d'una infiammazione cronica in seguito all'infezione di un punto qualunque dei territori linfatici tributari di questi gangli (1), arto inferiore, organi genitali, pareti pelviche.

(1) I ganglii iliaci devono essere distinti in due gruppi, l'uno *interno*, l'altro *esterno*. I ganglii *interni* od *ipogastrici* sono situati nelle parti laterali dell'escavazione pelvica, accanto ai ganglii sacrali, che occupano la faccia anteriore del sacro. Ecco la descrizione che dà Sappey di questi diversi gruppi ganglionari: « I ganglii iliaci esterni, ordinariamente in numero di tre, sono situati immediatamente al disopra dell'arcata crurale. Il più voluminoso riposa sui vasi sanguigni in corrispondenza dell'anello crurale che esso tende ad obliterare. Il secondo è collocato al difuori della arteria ed il terzo all'indentro della vena. Qualche volta i due primi sono in continuazione per mezzo delle loro estremità e formano una cintura che abbraccia la parte anteriore dei tronchi arterioso e venoso. Non è raro trovare vicino all'origine del tronco arterioso, sul suo lato esterno, un quarto ganglio ed anche un quinto, il cui volume è variabile, ma, in generale, più piccolo di quello dei precedenti. I linfatici che vengono a finire nei ganglii sono: i vasi efferenti delle ghiandole inguinali, i vasi epigastrici ed i vasi circonflessi iliaci.

« I ganglii *ipogastrici* ed *iliaci interni* occupano lo spazio angolare compreso tra i vasi iliaci interni ed esterni. I più voluminosi, che sono anche gli inferiori, riposano sui vasi otturatori un

Accanto a queste adeniti puramente infiammatorie, devono essere segnalate le adeniti tubercolari, poscia le adenopatie sifilitiche ed infine le adenopatie neoplasiche.

Le adeniti iliache sono certamente frequenti, ma passano sovente inosservate. Non bisogna mai trascurarne la ricerca, specialmente quando i ganglii inguinali sono già ingorgati (Richet).

1° *Adeniti acute.* — Esse si presentano sia allo stato di ingorgo ganglionare, sia allo stato di adenite e di periadenite suppurata. Sono specialmente consecutive alle linfangiti dell'arto inferiore e degli organi genito-orinari. Tuttavia non bisogna dimenticare che la linfangite può mancare; gli agenti infettivi possono essere trasportati ai ganglii senza eccitare alcuna reazione nei linfatici stessi.

Queste infiammazioni ganglionari acute possono alcune volte finire colla risoluzione, coll'indurimento temporaneo, col passaggio allo stato cronico. Ma più sovente passano a suppurazione. Il tumore ghiandolare, ordinariamente del volume di una mela, si trova situato sopra il legamento di Poupart, a quattro dita dalla linea alba (Paquy) (1). La suppurazione può limitarsi a farsi strada verso la pelle, accompagnandosi collo scolo d'un liquido giallastro, senza odore intestinale pronunciato. Ma, più soventi, la peri-adenite guadagna il tessuto cellulare sottoperitoneale. L'adenite diventa il punto di partenza d'un flemmone della fossa iliaca. Descrivendo la patogenesi di quest'ultimo, ho sufficientemente insistito sull'adenoflemmone per non dovervi qui tornar sopra.

Després (2) ha dimostrato che l'adenite delle ghiandole iliache esterne può soventi essere conseguenza di ferite dell'arto inferiore, di ulceri profonde irritate o di infiammazioni delle borse sierose. È notevole che in questi casi talora le ghiandole iliache suppurano quando le ghiandole del triangolo di Scarpa restano immuni. Secondo Després l'infiammazione si porta sino ai ganglii iliaci esterni, per mezzo dei linfatici profondi, e in 4 casi riferiti dal suo allievo Graverry (3) l'adenite iliaca esisteva sola senza angioleucite dell'arto inferiore e senza tumefazione delle ghiandole inguinali (4).

Le adeniti iliache sono frequenti nelle donne in seguito a metriti con linfangite del legamento largo. È talvolta possibile in questo caso seguire le lesioni a partire dall'utero o dalla tromba e sentire nettamente, al disopra della placca

---

poco al disopra dell'anello sotto-pubico. I ganglii sacrali sono disseminati sulle parti laterali della faccia anteriore del sacro, alcuni si trovano collocati nello spessore del mesoretto. Questi ganglii intrapelvici ricevono: 1° la maggior parte dei vasi afferenti dei ganglii inguinali profondi; 2° parecchi tronchi emanati dei ganglii iliaci esterni; 3° i linfatici glutei ed ischiatici; 4° i linfatici otturatorii; 5° i linfatici del retto; 6° i linfatici della prostata e delle veschichette seminali; 7° i linfatici della vagina e quelli del collo dell'utero ».

Finalmente la catena dei ganglii *lombari,* estesa dalla parte media dei vasi iliaci primitivi alla prima vertebra dei lombi, riceve dei tronchi emanati dai ganglii iliaci esterni e dei ganglii pelvici, i linfatici del corpo dell'utero, della tromba e dell'ovario e quelli del testicolo.

(1) *Adénite inguinale considérée comme cause des phlegmons et abcès de la fosse iliaque.* Tesi di Parigi, 1876.

(2) *Gaz. des hôp.*, 16 giugno 1874, e *Chir. Journ.*, 1881, pag. 164.

(3) *Quelques cas de chirurgie pratique.* Tesi di Parigi, 1887, pag. 50.

(4) Sappey ha visto che i vasi linfatici peronei e poplitei ed i linfatici profondi della coscia seguono le arterie profonde e vengono a perdersi nei tre ganglii iliaci esterni.

indurita di linfangite, un tumore arrotondato costituito dalle ghiandole; allora può essere interessata tutta la catena iliaca, come ho potuto osservare in due casi, nella sezione del mio compianto maestro, il prof. Trélat.

La diagnosi di queste adeniti è in generale facile, però esse possono essere scambiate per un'appendicite. Ma il tumore ghiandolare da principio ha sede più in basso e più all'indentro, ed, a meno che siasi aperto nell'intestino o che racchiuda dei gas, non è mai sonoro. È talvolta più difficile riconoscere un'adenite delle ghiandole ipogastriche. In un caso di Terrier (1) comparve repentinamente una tumefazione della fossa iliaca sinistra nel corso d'un periodo mestruale. Intimamente aderente all'utero, essa simulava una *piosalpingite*. La laparotomia permise di riconoscere la sede retro-peritoneale del tumore, e l'esistenza di una adenite pelvica suppurata; l'estirpazione di questo tumore ghiandolare portò la guarigione.

2° *Adeniti croniche.* — Le adeniti croniche della fossa iliaca sono state particolarmente studiate da Van Lair (2) e da Castex (3). Questi autori hanno sopra tutto richiamata l'attenzione sopra una forma di adenite cronica « notevole per la disproporzione che esiste tra il suo sviluppo talvolta considerevole e la poca importanza delle cause occasionali, che possono passare inosservate » (Castex). Quest'affezione ha qualche analogia con alcune adenopatie della regione cervicale. Si sviluppa di preferenza negli adulti verso l'età dei 30 anni e nel sesso maschile. Le cause locali anteriori, capaci di favorire lo sviluppo di questa adenite iliaca, sono molto variabili. Le osservazioni parlano di un eritema del piede, di un attacco di emorroidi, di un'erpete del prepuzio, di lesioni ossee dell'arto inferiore. Ma la maggior parte degli individui erano linfatici, e senza dubbio si possono riferire molti di questi casi ad adeniti strumose o tubercolari.

Irritazioni anche leggiere possono provocare l'ingorgo della catena linfatica iliaca e determinare un'adenite cronica semplice. Quando questa è poco spiccata, passerà facilmente inosservata, tanto più che consiste in un'infiammazione cronica delle ghiandole dell'inguine, che richiama a sè tutta l'attenzione. Si sa, d'altra parte, che l'adenite inguinale cronica semplice non è rara, e Janselme (4) ha dimostrato che la sua esistenza, ad un grado più o meno pronunciato, è quasi costante negli individui affetti da ulceri e da eczemi varicosi.

Le adeniti croniche della fossa iliaca cominciano in modo molto insidioso; per lo più le ghiandole del triangolo di Scarpa diventano per le prime la sede d'un ingorgo che guadagna le ghiandole iliache. Queste formano una massa voluminosa, dura, irregolarmente bernoccoluta, composta di piccoli corpi ovoidi, il cui volume è raramente inferiore a quello d'una mandorla e non supera le dimensioni d'un uovo di gallina (Castex). Questo tumore è appena mobile sulle parti sottostanti, sovente è immobilizzato nell'una o nell'altra delle fosse iliache. Esso determina dei dolori locali, più intensi nella notte, talvolta delle vere nevralgie.

---

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1889, XV, pag. 551.

(2) Van Lair, *Contribution à l'histoire clinique des lymphadénites viscérales* (*Bulletin de l'Acad. Royale de Belgique*, III, serie 3ª, n. 2, 1869).

(3) *Étude sur les adénites iliaque.* Tesi di Parigi, 1881.

(4) *Dermites et éléphantiasis consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux.* Tesi di Parigi, 1885.

Si notano anche dei disturbi digestivi leggeri (coliche, stitichezza) ed in alcuni casi un'insellatura lombare, un grado più o meno pronunciato di flessione della coscia.

I fenomeni generali (febbre, dimagramento, stato semi-cachettico) sono rari, ma quando esistono, possono rendere la diagnosi difficile.

Il decorso delle adeniti iliache è lento e si fa sovente a successive riprese. Le ghiandole inguinali possono diminuire, mentre le iliache continuano ad aumentare di volume. Per lo più queste adeniti si complicano con periadeniti, le irregolarità del tumore scompaiono e non si trova più nella fossa iliaca che una massa dura, aderente ai piani profondi ed alla parete addominale. Queste adeniti terminano ordinariamente per risoluzione; la suppurazione è rara, perchè le « ghiandole sono al riparo dalle variazioni di temperatura e dalle violenze esterne » (Van Lair). Ma quando essa avviene, dà luogo a fistole perenni. In un caso osservato da Leuboullet (1) un'infiammazione poliganglionare cronica caseosa della regione inguinale fu seguita da peritonite acutissima.

La diagnosi è lungi dall'essere sempre facile, sopra tutto quando le ghiandole formano delle masse voluminose, immobili, o provocano un'attitudine viziosa dell'arto inferiore. Nel primo caso si può pensare ad un osteo-sarcoma, nel secondo ad una coxalgia. L'osteosarcoma tuttavia ha dei caratteri speciali che non permettono lungo tempo il dubbio. Non è sempre lo stesso per la coxalgia, e Berger (2) ha pubblicato un bel caso di bubbone strumoso inguinale e pelvico, accompagnato dai segni fisici e funzionali della coxalgia quando esordisce. Per istabilire la diagnosi, bisognerà fondarsi sulla assenza di dolori spontanei o provocati nell'articolazione dell'anca, sull'assenza di gonalgia, sull'età dei malati, ecc. Nondimeno talora la diagnosi resta oscura, tanto più che la coxalgia si accompagna sovente con adeniti tubercolari iliache.

La prognosi delle adeniti iliache non è grave, se si deve credere a Castex, e la cura le combatte con efficacia. Questa sarà sopra tutto generale (joduro di ferro, olio di fegato di merluzzo, soggiorno in riva al mare, ecc.); si troverà un vantaggio nell'uso di vescicanti e di pennellazioni jodiche, nella compressione sia con ovatta, sia con rotelle d'esca (Bouilly). Le applicazioni di caustici (Gosselin, Demarquay) sono oggidì sostituite dall'estirpazione diretta che ha dato dei buoni risultati in caso di masse ghiandolari enormi, che occupavano da lungo tempo la fossa iliaca, ed avevano determinate delle aderenze peritoneali.

A lato di queste adeniti croniche, che si potrebbero dire primitive perchè la porta d'entrata dell'agente patogeno è minima o ci sfugge totalmente, conviene fare largamente posto agli ingorghi ghiandolari secondari sintomatici d'una tubercolosi accertata, d'una sifilide o d'un neoplasma degli organi vicini.

Le *adeniti tubercolari* si osservano sopra tutto nelle affezioni bacillari dell'arto inferiore (ascessi freddi, linfangite tubercolare, tumor bianco). La loro storia non offre niente di speciale, fatta eccezione per quelle che accompagnano l'artrite tubercolare dell'anca, di cui si tratterà nell'articolo COXALGIA. Secondo Daraillon (3), allievo di Ollier, la coxalgia si accompagna con un'alterazione costante e precoce

(1) *Gaz. hebd.*, 1870, pag. 34.
(2) *France méd.*, 9 settembre 1874.
(3) *Adénopathie symptomatique de la coxalgie*. Tesi di Lione, 1878.

del primo ganglio della catena iliaca, ancora chiamato *inguino-parietale*, e la fusione caseosa di quest'adenite può divenire origine d'un ascesso per congestione che compare nel triangolo di Scarpa.

Nulla dirò delle *adenopatie veneree*, di cui sono stati pubblicati pochi casi dimostrativi. Però Velpeau e Berger hanno veduto dei bubboni iliaci suppurati; Belhomme e Martin nel loro *Traitè de la syphilis*, ricordano le ghiandole iliache fra quelle che sono colpite nel periodo tardivo della sifilide.

Le *adenopatie neoplasiche* si osservano nel corso dei cancri degli organi genito-orinari e dell'arto inferiore. Talvolta sono consecutive ad un'adenopatia secondaria epiteliale delle ghiandole inguinali. Belin (1) accenna all'adenopatia della fossa iliaca consecutiva a cancri del retto, dell'ovaio e del peritoneo. Infine, non bisogna dimenticare che alcuni neoplasmi (testicoli, utero, vagina, ecc.) recidivano con una certa predilezione nelle ghiandole pelviche. Si possono, in tal caso, incontrare nella fossa iliaca delle masse enormi, che si continuano con i ganglii lombari e sacrali, sollevando la parete addominale, comprimendo i vasi ed i nervi, e accompagnandosi con sintomi funzionali variabili (nevralgie, trombosi, edemi).

II.

TUMORI DELL'ESCAVAZIONE PELVICA

La maggior parte dei tumori che occupano la cavità del bacino provengono dai visceri pelvici o dalle ossa. I tumori indipendenti, nati dal tessuto cellulare, sono molto rari.

Duplay accenna ad alcuni esempi di *fibro-lipomi*, di *sarcomi*, di *mixo-sarcomi*, e ad un caso osservato da lui di *linfo-sarcoma*, invadente tutto il tessuto cellulare dell'escavazione.

Le *cisti idatiche* sono meno rare. Charcot (2) nel 1852 ne aveva riferite 12 osservazioni; Nicaise (3), 33, ed infine Tuffier (4), in un recente lavoro, ha potuto riunirne 74 casi.

Sembra che queste cisti per lo più si sviluppino nel tessuto cellulare sotto-peritoneale dietro la vescica, tra la vescica ed il retto nell'uomo, tra la vescica e l'utero nella donna.

Io ho avuto, nel 1886, occasione di studiare sopra un soggetto di dissezione, nell'anfiteatro degli ospedali, una di queste cisti, ancora piccola, senza aderenze cogli organi vicini, ed il cui punto di partenza era per conseguenza facile a determinarsi. Essa aveva sede al disopra della prostata, in uno sdoppiamento dell'aponevrosi prostato-peritoneale di Denonvilliers (5). Le ricerche di Tuffier

(1) BELIN, *Sur les adénopathies externes à distance dans le cancer viscéral.* Tesi di Parigi, 1888.

(2) CHARCOT, *Gazette médicale de Paris*, 1852, pag. 540.

(3) NICAISE, *Rapport sur une observation de Millet.* Società di Chirurgia, 25 giugno 1884.

(4) TUFFIER, *De l'incision sus-pubienne appliquée au traitement des kystes hydatiques de la région rétro-vésicale* (*Congrès de Chirurgie*, 1891, pag. 569).

(5) C. WALTHER, *Kyste hydatique sus-prostatique* (*Bull. de la Soc. anatomique*. 1886, pag. 749).

l'hanno condotto ad ammettere quasi sempre lo stesso punto d'origine: lo strato sotto-peritoneale retrovescicale.

Sviluppandosi, queste cisti aderiscono alla prostata, alla vescica, e talvolta riesce difficilissimo riconoscerne la vera origine. Tuffier ha dimostrato che, sviluppandosi in alto, esse scollano il peritoneo della faccia posteriore, poi della faccia superiore della vescica; sembra allora che facciano parte della parete vescicale stessa.

Le cisti idatiche possono senza dubbio nascere in altri punti dello strato sotto-peritoneale. In un caso molto interessante osservato da Tillaux, una cisti idatica stava davanti ed a destra della vescica, sotto il suo involucro sieroso, di maniera che faceva corpo colla parete dell'organo (1).

I *sintomi* coi quali si rivelano queste cisti sono al principio molto oscuri; fenomeni di compressione della vescica e della prostata, un po' anche del retto; più tardi constatazione d'un tumore avente sede d'ordinario tra la vescica ed il retto; questo tumore è ora molto teso e duro come un tumore solido, ora fluttuante. Nel caso già citato, Tillaux ha potuto constatare l'esistenza del fremito idatideo.

Il cateterismo, combinato coll'esplorazione rettale e colla palpazione ipogastrica, permetterà in generale di localizzare esattamente la sede del tumore. Sovente la sonda metallica non può penetrare nella vescica deviata; l'esplorazione con una sonda molle a bottone potrà allora fornire utili dati, come nell'osservazione di Tuffier.

Abbandonate a sè stesse, queste cisti possono aprirsi nella vescica, nella vagina, eccezionalmente nel peritoneo. Il solo caso di rottura intra-peritoneale, rilevato da Tuffier, si doveva ad una caduta. In 5 casi, la compressione degli ureteri ha determinato una idronefrosi che causò la morte.

Come per le altre cisti idatiche, si può impiegare qui la *puntura* o *l'incisione*. La puntura è stata praticata per la via del retto (3 casi) o, meglio, attraverso la parete addominale (14 casi). Fatta dapprima per confermare la diagnosi, essa permette in seguito di evacuare il liquido e costituisce il metodo di elezione nelle cisti semplici a cavità unica (Tuffier).

Se il liquido si riproduce, o se la cisti non contiene che delle vescicole senza liquido libero, bisogna ricorrere all'incisione larga per mezzo della laparotomia. Questo metodo ha dati degli eccellenti risultati a Tillaux ed a Tuffier.

L'incisione per la via del retto, proposta per le cisti che fanno sporgenza al disopra della prostata, presenta dei pericoli d'infezione che devono anche in questi casi far preferire la laparotomia [o la perineotomia (D. G.)].

(1) Tillaux, *Traité de Chirurgie clinique*, 2ª edizione, 1891, t. II, pag. 282 e Legrand, Tesi di Parigi, 1889-90.

CAPITOLO V.

ANEURISMI DEL BACINO

Gli aneurismi del bacino possono essere divisi in due gruppi: 1° *aneurismi iliaci;* 2° *aneurismi glutei o retro-pelvici.*

Lo studio degli aneurismi iliaci non potrebbe essere separato da quello degli aneurismi della radice della coscia, confusi del resto soventi con essi sotto la denominazione comune di *aneurismi inguinali* (V. *Aneurismi dell'arto inferiore,* V. VIII).

Qui ci occuperemo soltanto degli aneurismi dei rami dell'arteria iliaca interna. Essi comprendono gli aneurismi dell'arteria glutea e quelli dell'arteria ischiatica.

ANEURISMI DEI RAMI DELL'EPIGASTRICA

ANEURISMI GLUTEI ED ISCHIATICI

Gli aneurismi dell'arteria glutea e dell'arteria ischiatica si sviluppano quasi sempre nella porzione estra-pelvica di queste arterie, donde il nome di *retro-pelvici* che loro è sovente dato. Tuttavia il tumore può essere bilobato e strozzato in corrispondenza dell'incisura sciatica, e sporgere contemporaneamente nel bacino ed alla natica.

I lavori di Uhde, di Bouisson, di Baum, di Servier, e sopra tutto una Memoria di Fischer hanno permesso a Farabeuf di tracciare la storia di quest'affezione in un articolo dal quale io desumerò assai. La tesi più recente di Dorveaux, il lavoro di Delbet ed una comunicazione di Montaz all'ultimo Congresso di chirurgia, hanno apportato un certo numero di fatti nuovi (1).

Eziologia. — Questi aneurismi sono molto più frequenti nell'uomo che nella donna ($^8/_2$, Uhde; $^{31}/_7$, Farabeuf). Essi sono infatti per lo più traumatici, e nella donna non si osservano quasi che degli aneurismi spontanei. Sopra le 38

(1) Uhde, *Deutsche klinik*, aprile 1853, n. 16, pag. 174. — Bouisson, *Mémoire sur les lésions des artères fessières et ischiatiques et sur les opérations qui leur conviennent* (*Gazette médicale*, 1845, t. XIII, n. 11). — Baum, Ferite ed aneurismi delle arterie glutee ed ischiatiche (*Dissertation inaug.* Berlino 1859). — W. Campbell, *Ligature of the gluteal artery for traumatic anevrysmes.* Montréal 1861, e *Lancet*, 1862, t. II, pag. 41. — Servier, *Sur les anévrysmes de l'artère fessière* (*Gaz. hebd.*, 1868, nn. 21 e 22). — Fischer, *Die Wunden und Anevrysmes der Arteria Glutaea und Ischiatica* (*Archiv für klin. Chir.*, 1869, XI). — Follin, *Pathologie externe*, t. II, pag. 481. — Laugier, art. Fesse del *Dict. de Méd. et de Chir. pratiques*, t. XIV. — Farabeuf, art. Fesse del *Dict. encycl. des Sciences médicales*, serie 4ª, t. I. — Dorveaux, *Du traitement des anévrysmes de la fesse.* Tesi di Nancy, 1880. — Delbet, *Du traitement des anévrysmes externes.* Parigi 1889, pag. 125. — Montaz, *Des anévrysmes de la région fessière* (*Congrès français de Chirurgie*, 1891, pag. 444).

osservazioni che ha raccolte, Farabeuf conta 12 casi di ferite arteriose aperte all'esterno, seguite dalla formazione d'un aneurisma, ed altrettante in cui l'arteria è stata lacerata nella profondità della natica per una frattura del bacino o per l'urto di un corpo contundente. L'osservazione più recente di Tillaux, che io ho riferito più sopra (ferite del bacino), è ancora un esempio di quest'ultima varietà. In altri casi, l'azione del trauma è meno evidente e si accusa uno sforzo muscolare violento, un passo falso, ecc.

Anatomia patologica. — Gli aneurismi glutei sono più frequenti che gli ischiatici. Farabeuf su 38 casi rileva 21 aneurismi della glutea, 9 dell' ischiatica, 9 di sede indeterminata ed 1 caso di dilatazione cirsoide di tutte le arterie della natica.

Essi hanno sede molto più sovente a sinistra, interessano piuttosto la glutea in seguito a ferite prodotte da strumenti taglienti, e piuttosto l'ischiatica in seguito a caduta sulle natiche (Farabeuf).

Gli aneurismi traumatici diffusi, che succedono immediatamente alla lesione, non tardano ad acquistare un volume sovente considerevole; essi possono raggiungere le dimensioni d'una testa di adulto (Bell).

Quando la ferita arteriosa è stretta, il sangue versato in piccola quantità respinge e comprime i tessuti vicini, e l'aneurisma può essere considerato come circoscritto. La zona ispessita di tessuto cellulare che circonda la cavità forma una specie di sacco più o meno duro, più o meno resistente, ma intimamente unito agli organi vicini.

Qualunque sia il modo di formazione, il sacco è in generale globoso, un po' appiattito, e presenta sovente delle traccie di rottura con formazione di un sacco secondario. Ma gli aneurismi della glutea, ben sostenuti dal piano muscolo-aponevrotico, possono raggiungere un volume considerevole prima di rompersi. La loro rottura stessa provoca un versamento di sangue nella natica, e può ripetersi un certo numero di volte prima di provocare l'infiammazione, la gangrena e l'apertura all'esterno.

Infine, un sacco voluminoso, in forma di zucca, può avere una porzione intra-pelvica ed una estra-pelvica.

L' orifizio di comunicazione del sacco coll'arteria è di dimensioni molto variabili; trattandosi della glutea, esso ha sede il più delle volte molto dappresso al punto dove l'arteria si divide nei rami terminali (Farabeuf). Lo stato dell'arteria al disopra dell'aneurisma varia naturalmente secondo l'origine spontanea, o traumatica, del tumore.

Sintomi e decorso. — L'inizio è oscuro negli aneurismi spontanei. Talvolta il tumore si rivela in occasione d'uno sforzo. Un malato operato da Mott (1) si accorse andando di corpo, dell'esistenza d'un tumore pulsatile della natica. I primi sintomi dell'aneurisma traumatico possono quindi essere poco accentuati o mascherati da altre lesioni.

(1) Citato da Follin, t. II, pag. 481.

I dolori alla natica, dolori che sovente si irraggiano nel tragitto dello sciatico ed hanno talvolta un'intensità estrema, precedono per un tempo più o meno lungo, od accompagnano la comparsa del tumore; in mancanza di dolori, si notano sovente dei formicolii, degli intirizzimenti, la claudicazione.

Niente è più variabile del decorso e dell'evoluzione degli aneurismi della natica. Se gli aneurismi traumatici, diffusi fin da principio, si svolgono in generale con una grande rapidità al punto di essere sovente presi per flemmoni, per ascessi, gli altri possono restare per un tempo molto lungo stazionarî, impiegare più anni a raggiungere il volume d'un uovo d'oca (28 anni in un caso citato da Farabeuf). L'accrescimento del tumore si fa talvolta molto bruscamente od a riprese successive, e ciò si spiega per mezzo di piccole rotture della tasca. La rottura larga, con abbondante spandimento nella natica e rottura dei tegumenti, finisce rapidamente colla morte, senza che sia il più delle volte possibile intervenire.

Diagnosi. — È difficilissima al principio, quando il tumore, piccolo e profondo, non determina che dei fenomeni dolorosi. Si pensa quasi sempre ad una sciatica, a dolori reumatici dell'anca, ecc.

L'aneurisma, una volta sviluppato, può essere confuso con un tumore solido o un tumore liquido, sopra tutto con un ascesso. È sempre molto difficile la diagnosi con tumori ematodi della natica, pulsatili, riducibili e dotati di soffio, e se in tal caso si è potuto qualchevolta evitare l'errore (Liston, Billroth, Weber, Nélaton, Virchow e Richet), si è altre volte praticata la legatura dell'ipogastrica, credendo d'aver a fare con un aneurisma gluteo (Guthrie, Wutzer).

Posta la diagnosi d'aneurisma, è il più delle volte molto difficile sapere quale arteria sia la sede del tumore. Senza dubbio, al principio, quando questo ha il volume di una noce o d'un uovo, è possibile rendersi conto se esso occupa la parte superiore dell'incisura sciatica, o se fa sporgenza al disotto del piramidale. Ma dal momento che esso ha raggiunto il volume di un arancio, se occupa il mezzo della natica, diventa quasi impossibile localizzarne l'origine, e soltanto l'anamnesi, se abbastanza precisa, può fornire qualche criterio.

In un caso di aneurisma dell'ischiatica, osservato e curato da Sappey (1), il tumore presentava una certa mobilità laterale, che non potrebbe esistere evidentemente in caso di aneurisma gluteo.

L'esplorazione rettale e vaginale forniranno delle preziose indicazioni sull'esistenza simultanea d'una tasca intra-pelvica, così importante a riconoscere per la determinazione dell'intervento operatorio.

Cura. — L'analisi molto accurata fatta da Farabeuf, dietro i dati di Fischer e le osservazioni che il medesimo vi aveva aggiunte, dà i seguenti risultati:

A. *Metodo antico (incisione del sacco e legatura dell'arteria).*

6 casi: 3 guarigioni, 1 morte accidentale quando il paziente era in via di guarigione, 2 morti in seguito all'operazione (operazione impraticabile in un caso, fatta *in extremis* nell'altro).

---

(1) Sappey, *Revue médico-chirurgicale*, 1850, t. VII, pag. 236.

B. *Legatura col metodo d'Anel:* 3 casi, 1 guarigione, 2 insuccessi (1 recidiva, guarita coll'iniezione di percloruro di ferro; l'altro richiese la legatura dell'ipogastrica, morte).

C. *Legatura dell'ipogastrica:* 10 casi, 6 guarigioni, 4 morti per peritonite, per emorragia, per suppurazione, ecc.

D. *Legatura dell'iliaca primitiva:* 4 casi, 3 morti, 1 risultato sconosciuto.

E. *Iniezioni di percloruro di ferro:* 6 casi, 4 guarigioni, 2 morti.

F. *Galvano-puntura:* 1 caso; la cura « avrebbe potuto riuscire, ma il malato è morto di colèra ».

A questo quadro statistico, Farabeuf aggiunge 6 casi, nei quali il tumore che richiedeva un intervento attivo, venne abbandonato a sè e produsse la morte; finalmente 4 casi, nei quali « gli ammalati hanno potuto guarire senza operazione, o tollerare il male fino alla fine della loro vita ».

Da tutti questi fatti, l'autore trae le seguenti conclusioni:

« Che non bisogna temporeggiare, fuorchè in presenza d'un aneurisma gluteo, piccolo e assolutamente stazionario.

« Che le iniezioni di percloruro di ferro costituiscono la miglior cura da opporsi agli aneurismi circoscritti di volume mediocre.

« Che l'apertura del sacco con legatura dei due capi dell'arteria è un'operazione più sicura della semplice legatura immediatamente sopra il tumore.

« E che infine non bisogna indietreggiare davanti alla necessità di legare la iliaca interna, quando qualunque altra operazione è impraticabile ».

I nuovi fatti raccolti da Dorveaux, Delbet, Montaz, pare debbano modificare queste conclusioni in favore dell'intervento diretto con larga apertura del sacco.

Dorveaux infatti riferisce 16 casi di legatura dell'ipogastrica con 8 morti, e conclude che « questo metodo di cura, sebbene meno raccapricciante dell'apertura del sacco, presenta assai più pericoli ».

D'altra parte Delbet, dopo aver dimostrato il pericolo o l'insufficienza della legatura dell'ipogastrica o della legatura dell'arteria (glutea od ischiatica) immediatamente sopra il sacco, riferisce 16 casi d'incisione della sacca, con 12 guarigioni e 4 morti; ma, dovendo due di questi ultimi essere tolti dalla statistica (1 caso operato *in extremis*, 1 caso d'aneurisma intra-pelvico), restano 14 casi d'incisione con 12 guarigioni, ossia una mortalità del 16,66 per 100, invece del 50 per 100 fornito dalla legatura dell'ipogastrica.

Infine Montaz, dopo aver praticata l'iniezione di percloruro di ferro (che gli ha data la guarigione d'un aneurisma ischiatico a prezzo di una gangrena parziale del piede), si dichiara pure pel metodo antico.

Sembra adunque oggidì stabilito che l'incisione del sacco sia il metodo d'elezione (essendo sovente la legatura immediatamente al disopra del sacco impossibile per l'incertezza della sede dell'aneurisma). La legatura dell'ipogastrica sarà riservata ai tumori che si affondano nell'incisura sciatica e fanno sporgenza nell'interno del bacino [V. *Appendice di Operativa*, pagg. 116, 117].

CAPITOLO VI.

AFFEZIONI CONGENITE DELLA REGIONE SACRO-COCCIGEA

I.

DEPRESSIONI E FISTOLE SACRO-COCCIGEE

Con questo nome si designano le depressioni e le fistole congenite, le quali occupano i tegumenti che ricoprono il sacro ed il coccige, fino in prossimità dell'ano.

Nel 1867, Kuhn (1) (di Strasburgo) scriveva alla Società di Chirurgia: «Si riscontra in molti individui e specialmente in quelli che nascono con deformità muscolari delle membra inferiori, una depressione infundibuliforme, specie di cratere con orlo rilevato, talvolta profondissima, sempre intimamente aderente al tessuto fibroso della colonna vertebrale e continuantesi colla membrana che riveste l'orificio inferiore del canal sacrale. Essa è sempre situata sulla linea mediana, a livello dell'articolazione sacro-coccigea ». Nello stesso anno, Mason Warren indicava i fatti infiammatori che possono complicare queste fistole. Molk (2) non descrive le depressioni di Kuhn, che per affermarne la rarità. Nel 1874, Després (3), a proposito d'una cisti para-coccigea, parla incidentalmente di piccole depressioni che si riscontrano nei bambini a 2 o 3 millimetri dall'ano. Presto si ricercò la patogenesi dell'affezione, e dovrò ritornare più sotto sulle teorie emesse da Lawson Tait, Féré e Lannelongue. Lo stato della questione è bene esposto nella tesi di Peyramaure-Duverdier (4).

Le particolarità topografiche e le complicazioni possibili sono state indicate da Terrillon (5), Lannelongue (6), Reclus (7) ed Heurtaux (8); delle nuove osservazioni sono riferite nella tesi di Couraud (9), in una discussione della Società di Chirurgia (10), ed in un lavoro di Tapie (11).

---

(1) Kuhn, Società di Chirurgia (Seduta del 6 agosto 1867), pag. 334.

(2) Molk, Tesi di Strasburgo, 1868.

(3) Després, nel *Bull. de la Soc. anat.*, 1874, pag. 502.

(4) Duverdier, *Des dépressions et fistules congénitales cutanées de la région sacro-coccygienne.* Tesi di Parigi, 1882.

(5) Terrillon, *Fistules congénitales de la partie supérieure de la région sacrée.* Società di Chirurgia, 25 gennaio 1882, pag. 54, e *Revue de Chir.*, aprile 1882.

(6) Lannelongue, Soc. di Chir., 8 marzo 1882, pag. 165, e Tesi di Peyramaure-Duverdier.

(7) Reclus, Soc. di Chir., 8 marzo 1882, pag. 182, e *Fistules congénitales de la région ano-coccygienne*, nella *Clin. et Crit. chir.*, pag. 439.

(8) Heurtaux, *Infundibulum coccygien et fistule para-coccygienne.* Comunicazione alla Società di Chirurgia, marzo 1882, pag. 194.

(9) Couraud, *Contribution à l'étude des dépressions, fistules congénitales cutanées et kystes dermoïdes de la région sacro-coccygienne.* Tesi di Parigi, 1883, n. 262.

(10) Discussione alla Società di Chirurgia (Després, Terrillon, Schwartz) sulle *Kystes dermiques congénitaux et fistules de la rainure coccygienne*, nel *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 1889, pag. 614.

(11) Tapie (di Tolosa), *Fistule congénitale de la région sacro-coccygienne,* nella *Revue médicale de Toulouse*, 1° febbraio 1890, n. 3.

Anatomia patologica. — La semplice depressione, la fistola vera e certe cisti dermoidi costituiscono tre gradi della stessa affezione.

Mentre, secondo Lannelongue e Ballet, le cisti dermoidi occupano sempre il corpo e la punta del coccige, le depressioni e sopra tutto le fistole hanno sede in diversi punti. Sopra 160 fanciulli esaminati da Peyramaure-Duverdier, esse occupavano 28 volte l'origine della regione interglutea; 40 volte il punto che corrisponde all'articolazione sacro-coccigea; 32 volte la punta del coccige; 10 volte le fossette erano multiple ed avevano sede ad altezza diversa nella piega od al difuori della piega interglutea. In 41 caso, P. Duverdier non ha incontrato nulla di ben netto, però si trovava sia una colorazione diversa della pelle, sia una mobilità minore in certi punti del solco della natica. Le depressioni, costanti nei neonati, si attenuerebbero coll'età, e negli adulti non si incontrerebbero più che una volta su 30 individui.

Le *depressioni* meritano appena di essere segnalate; esse consistono in un semplice schiacciamento più o meno profondo, di forma rotondeggiante; non sono che il primo grado delle fistole.

Le *fistole*, più importanti, possono presentare diverse particolarità. Couraud ne ha distinte quattro varietà:

1º Fistole semplici. Non differiscono dalle depressioni che per un orificio ed un breve tragitto che termina in un cul di sacco; il tragitto può essere diretto in tutti i sensi; ma il più sovente esso si porta verso il coccige. Esso è obliquo in alto od in basso. È semplice, il suo fondo è aderente al tessuto sottostante, ma la pelle che circonda l'orifizio è ordinariamente libera da ogni aderenza;

2º Fistole più complete con tragitto più considerevole. Queste fistole meritano un posto a parte, perchè le desquamazioni epidermiche possono accumularvisi e provocare un'infiammazione, una suppurazione del tragitto;

3º Fistole con ascessi periferici. Questi ascessi si formano il più delle volte quando l'orifizio della fistola è occluso; essi si aprono all'esterno per uno o più orifizi. « Queste fistole che si sviluppano per infiammazione ed ulcerazione della pelle, intorno all'orificio cutaneo primitivo, differiscono essenzialmente dalle fistole congenite; infatti, i loro margini frastagliati, coperti di bottoni saniosi, contrastano singolarmente colla nettezza del contorno di queste ultime » (Couraud);

4º Fistole con cisti dermoidi. In questo caso il tragitto, in luogo di terminare con un semplice cul di sacco, termina ad ampolla, le cui pareti sono formate dagli elementi della pelle. Si comprende che certe fistole molto strette possano obliterarsi nella vita intra-uterina e che persista soltanto la cisti.

Eziologia e patogenesi. — Le fistole, costanti nei fanciuli, persisterebbero piuttosto nelle femmine che nei maschi; però su 10 casi di fistole riferiti da Couraud, 6 sono relativi ad uomini. La patogenesi di queste fistole ha dato luogo a numerose ipotesi. Mason Warren ne incolpa lo sviluppo esagerato di uno o di più peli che s'incurverebbero nell'interno del follicolo pilifero, il che potrebbe tutto al più spiegare i fenomeni d'irritazione delle fistole. Kuhn le considera come la traccia d'un idro-rachis che risalirebbe alla vita embrionaria; ma finora non si riscontrò in alcun caso la minima mancanza di saldatura nelle vertebre. Lawson

Tait (1) ammette che si tratti di vestigia della coda, di cui l'uomo primitivo dovette essere provvisto. Féré (2) riferisce il fatto ad una mancanza di saldatura nelle lamine cutanee posteriori, che si uniscono posteriormente con un punto che egli denomina ombelico posteriore. Ma l'ombelico posteriore non si potrebbe comprendere, perchè durante la vita embrionaria nessun organo importante passa a questo livello. Del resto, come spiegare la molteplicità possibile delle depressioni e delle fistole? Lannelongue e Duverdier ammettono la possibilità d'una piccola invaginazione persistente del foglietto esterno del blastoderma. La pelle si trova separata dal midollo, ma possono rimanere delle aderenze, che daranno origine a depressioni. Per mezzo della dissezione Lannelongue vide la pelle aderire alle parti profonde mediante tratti fibrosi, mentre le parti vicine alla depressione erano infiltrate di grasso.

Sintomi e diagnosi. — Queste deformità hanno in clinica un interesse affatto secondario. Però alcune fistole profonde dànno qualchevolta luogo a disturbi, tanto più che l'orificio è generalmente più stretto che il resto del tragitto; si sono viste provocare delle noie, dei pizzicori, dei dolori vivi raggianti nei lombi, con uno scolo di liquido sieroso (osserv. di Tillaux) (3). Esse possono anche essere accompagnate da fenomeni di suppurazione e, nei 3 casi di fistole congenite riferiti da Terrillon, esistevano degli ascessi periferici. Lo scolo del pus risultante dalla ritenzione delle secrezioni, è ora continuo, ora intermittente. Infine queste fistole possono essere il punto di partenza di cisti per inclusione cutanea (Després, Lannelongue).

Importa non confondere queste lesioni con fistole di tutt'altra natura; l'esplorazione collo specillo, la direzione seguita dall'istrumento, la sede dell'orificio permettono di eliminare le fistole osteopatiche e le fistole dell'ano cieche esterne. Aggiungiamo che nelle fistole congenite, l'orifizio situato a fiore di pelle non fa alcuna sporgenza e che le pareti del tragitto, i tessuti vicini sono assolutamente morbidi e di aspetto normale.

Cura. — Le depressioni e le fistole semplici non esigono alcuna cura. Precauzioni di pulizia bastano quando il tragitto esala un po' di sierosità; nei casi in cui il dolore fosse molto vivo (oss. di Tillaux), sarebbe indicato distruggere il tragitto col termo-cauterio, o col coltello galvanico. Nei casi complicati da ascessi, il miglior metodo consiste nel praticare la cauterizzazione o meglio l'ablazione delle pareti del tragitto fistoloso. L'estirpazione deve essere fatta con grande cura, perchè la persistenza d'un solo frammento o del fondo, sovente dilatato in forma di tasca cistica, esporrebbe ad una recidiva.

---

(1) LAWSON TAIT, *Comptes rendus du Congrès pour l'avancement des sciences*. Dublino 1877.
(2) FÉRÉ, *Bull. de la Soc. anat.*, 1878, pagg. 309, 532.
(3) TILLAUX, Tesi di COURAUD, pag. 35.

II.

TUMORI CONGENITI SACRO-COCCIGEI

La regione sacro-coccigea può essere sede dei tumori congeniti più svariati e d'interpretazione più difficile.

Una Memoria classica di Duplay (1) e la tesi di Lachaud (2) hanno tracciata la storia di questi tumori. Lannelongue ed Achard, nel loro importante Trattato delle cisti congenite, dànno di questi tumori una descrizione dalla quale io desumerò molto.

Meckel (3) li confondeva tutti colle inclusioni fetali o mostruosità parassitarie. Ammon (4) ne ammette 4 varietà: le ernie, le idro-rachie, le inclusioni ed i neoplasmi. Wernher (5) dimostrò la relazione che esiste fra gli igromi cistici congeniti della regione sacrale e quelli che si osservano nel collo e nell'ascella. I tumori cistici formarono in seguito l'oggetto di una buona Memoria di Véling (6), nel 1846. Dodici anni più tardi apparve l'importante opera di Lotzbeck (7) che, pel primo, classificò i tumori congeniti della regione sacrale, secondo la loro struttura anatomica, e li divise in adiposi, cartilaginei, ossei, vascolari, cistici, fibrosi ed epiteliali. Lotzbeck non si pronuncia sull'origine di questi neoplasmi, che Perrin (8) nel 1860 cerca di spiegare con un'alterazione della ghiandola coccigea, che Luschka (9) aveva allora scoperta. Nel 1862 compariva il lavoro di Braune (10) e la Memoria di C. Paul (11). Più tardi, Molk (12) divide i tumori congeniti delle natiche in sei classi: 1ª cisto-sarcomi e sarcomi; 2ª tumori cistici; 3ª tumori che si suppongono provenire dalle ghiandole di Luschka; 4ª lipomi e

---

(1) Duplay, *Des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne*, negli *Arch. gén. de Méd.*, 1868, t. XII, pag. 723.

(2) Lachaud, *Recherches sur les tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.* Tesi di Parigi, 1883.

(3) Meckel, *Pathol. anat.*, 1818, pag. 371.

(4) Ammon, *Die angeborenen chirurgischen Krankheiten.* Berlino 1842.

(5) Wernher, *Die angeborenen Cysten Hygrome.* Giessen 1843.

(6) Véling, *Essai sur les tumeurs enkystées de l'extrémité inférieure du tronc fœtal.* Tesi di Strasburgo, 1846, n. !62.

(7) Lotzbeck, *Die angeborenen Geschwülste der hintern Kreuzbeingegend.* München 1858.

(8) Perrin, Tesi di Strasburgo, 1860, n. 29.

(9) Luschka, *Der Hirnanhang und die Steisedrüse.* Berlino 1880. Una buona descrizione della ghiandola di Luchska si trova nel Depaul, *Des tumeurs congénitales de l'extrémité inférieure du tronc,* negli *Arch. de Tocol.*, 1877.

(10) Braune, *Die Doppelbildenger und angeborenen Geschwülste der Kreuzbeingegend.* — Lipsia 1862.

(11) Paul, *De l'inclusion fœtale située dans la région sacro-périneale*, negli *Arch. gén. de Méd.*, 1862, t. XIX, pag. 641, pag. 43 e seguenti.

(12) Molk, *Des tumeurs congénitales de l'extrémité inférieure du tronc.* Tesi di Strasburgo, 1879, n. 106.

tumori caudali; 5ª inclusioni fetali; 6ª tumori molto complessi. Infine, grazie ai lavori di Holmes (1), Virchow (2), Bergmann (3), Hermann e Tourneux (4), Lannelongue ed Achard (5), Middeldorpf (6), Fausto Buzzi (7), i tumori congeniti sacro-coccigei, sono attualmente ben conosciuti, quanto alla loro sede, alla loro struttura, alla loro diagnosi ed alla cura che loro conviene applicare. Ma, per contro, le nozioni relative alla loro origine, alla loro maniera di formazione, ai legami di parentela che li uniscono, non sono ancora stabilite in maniera rigorosa.

Eziologia. — Non si sa niente sulla eziologia dei tumori congeniti della regione sacro-coccigea. Essi sembrano più frequenti nelle femmine che nei maschi (44/59 Molk), L'eredità vi ha una parte molto contestabile, ed è raro vedere questi neoplasmi coesistere con altri vizi di conformazione, come spina-bifida, piede torto, labbro leporino, ecc.

Anatomia patologica. — Duplay divide i tumori sacro-coccigei, così variabili e complessi, in tre grandi classi: le inclusioni fetali, la spina-bifida ed i neoplasmi, che non sembrano entrare nè nella prima, nè nella seconda di queste categorie. Questa divisione permette di descrivere con sufficiente precisione le principali forme di tali tumori.

I. — INCLUSIONI FETALI

Esse hanno sede ordinariamente nella parte anteriore del sacro e del coccige, e fanno sporgenza al perineo, dietro l'ano. Quasi sempre uniche, hanno talvolta un aspetto bilobato: uno dei lobi fa sporgenza alla regione sacro-perineale, mentre l'altro si protende nella cavità pelvica. Questi tumori, qualche volta indipendenti dalle ossa del bacino, potrebbero essere collocati nel tessuto cellulare sotto-cutaneo (C. Paul) o comunicare col canal sacrale (Virchow). Ma il più delle volte essi aderiscono al sacro od al coccige per mezzo di una larga base, contenente dei vasi nutritizi provenienti dall'arteria sacrale media.

Sono ordinariamente voluminosi, possono discendere sino ai polpacci, sino ai talloni.

I loro involucri sono formati dalla pelle, da una membrana fibrosa e da una membrana di apparenza mucosa. La pelle è regolarmente od irregolarmente distesa, assottigliata, solcata da vasi dilatati. Talvolta è ulcerata, dà uscita al contenuto del tumore. Può presentare delle appendici membriformi, un rudimento d'orecchio (Depaul), un naso, delle palpebre (Læffler), dei peli setosi (Læffler, Monk). La membrana fibrosa ha uno spessore variabilissimo; è soventi formata da fibre con-

---

(1) Holmes, *Surgical treatment of the diseases of inf. and child.* Londra 1868.
(2) Virchow, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1869, n. 19.
(3) Bergmann, *Berliner klin. Woch.*, 1884, nn. 48 e 49.
(4) Hermann et Tourneux, *Journal d'anatomie et de physiologie*, ottobre 1887.
(5) Lannelongue et Achard, *Traité des kystes congénitaux*. Parigi 1886.
(6) Middeldorpf, *Archiv für pathol. Anat.*, vol. CI.
(7) Buzzi, *Archiv für path. Anat.*, 1887, vol. CIX, pag. 9.

nettive, da cellule fusiformi e da granuli amorfi. La membrana più interna, sierosa o mucosa, è liscia e rivestita da epitelio pavimentoso. L'epitelio è talvolta vibratile (Czerny, Heschl); in un caso di Buzzi, il rivestimento della ciste era in parte pavimentoso, in parte vibratile.

Ciò che importa di conoscere è il contenuto. Esso è formato da parti liquide e da parti solide. Le prime sono costanti, le seconde possono mancare. Le cisti contengono ora un liquido chiaro, albuminoso, soventi ricco di cloruro di sodio, nel quale galleggiano dei lembi epiteliali, dei globuli sanguigni, ora delle masse di materie grasse o steatomatose. Le cisti sono in una parola mucoidi o dermoidi. È raro che costituiscano per sè sole tutto il tumore; il più delle volte vi si aggiungono delle formazioni complesse che caratterizzano l'inclusione fetale o la mostruosità parassitaria. Queste formazioni sono molto varie; collegate ordinariamente alla membrana interna per mezzo di briglie fibro-cellulose, consistono in placche cartilaginee, ossa, unghie, denti, sostanza cerebrale, nervi, muscoli lisci e striati, elementi ghiandolari. Vi si possono incontrare delle porzioni di membra od anche un membro rudimentale completo (Sonnenburg) (1), un piede colle dita (Santo Fattori (2), Braune), una clavicola, un braccio, dei pezzi di cranio, di colonna vertebrale, ecc. Si possono ancora trovare in questi teratomi congeniti delle anse intestinali rudimentarie, qualche volta munite di mesentere e ripiene di meconio. In un caso di Middeldorpf (3) un tumore congenito presentava due orifizi esterni, di cui uno lasciava colare una materia fecaloide. Il tumore, addossato al retto, senza tuttavia comunicare con esso, aveva la struttura dell'intestino; la sua parete era composta di una mucosa ricca di follicoli chiusi, di due strati di fibre liscie e d'un involucro adiposo. Il contenuto di questo intestino anormale era rappresentato da avanzi epiteliali e da acidi grassi, ma senza traccia di pigmento biliare. Chedévergne ha visto in un tumore sacro-coccigeo un tratto d'intestino biforcato e terminato in un cieco. In un caso recente di Kleinwächter (4), il tumore, che pesava 1400 grammi, era tappezzato da una pelle, sulla quale si scorgeva una bocca con glandole salivari, dei denti, una lingua ed un dito di piede munito di un'unghia; il contenuto era formato da due anse d'intestino, da uno scheletro di bacino con un arto inferiore e da un pezzo osseo terminante in un mascellare superiore provvisto di denti. In riassunto, si possono incontrare diverse inclusioni, frammenti di tutti gli organi normali del feto, ad eccezione degli organi genitali (C. Paul).

II. — SPINA BIFIDA SACRO-COCCIGEA

La spina-bifida della regione sacro-coccigea, ammessa da Giraldès e da Tarnier, è stata negata da Trélat, Depaul e Verneuil. Attualmente è stabilito che la spina-bifida della regione sacrale esiste; ma quella del coccige resta a dimostrarsi

(1) Sonnenburg, *Archiv für klin. Chir.*, 1882, pag. 753.

(2) Fattori. Io non darò qui le indicazioni bibliografiche anteriori al Trattato di Lannelongue ed Achard.

(3) Middeldorpf, *Archiv für pathol. Anat. und Phys.*, t. CI, fasc. 1, pag. 37.

(4) Kleinwaechter, *Zeitschrift für Heilkunde*, t. IX, 1° settembre 1888.

(Duplay, Braune). Le idrorachie con spina-bifida devono essere distinte dall'ernia degli involucri midollari attraverso l'orificio inferiore del canal sacrale. Questi tumori hanno sede nella parte posteriore del sacro (Bergmann), spingono in avanti l'ano e gli organi genitali, e possono acquistare un volume considerevole. La loro struttura è poco conosciuta; sono costituiti da una borsa racchiudente sia unicamente del liquido, sia un miscuglio di parti liquide e solide. Furono considerati affini ai cisto-sarcomi. Soventi il coccige è rudimentale o totalmente atrofizzato.

III. — TUMORI DIVERSI

In questa classe, di giorno in giorno meno importante, a misura che si approfondisce lo studio dei tumori congeniti dell'estremità inferiore del tronco, si colloca una serie di produzioni morbose la cui origine è ancora molto discussa. Di forma ovoide, di volume variabile, qualche volta enorme, a tal punto che il feto sembra seduto su di essi (Duplay), tali tumori nascono il più delle volte dalla faccia anteriore del sacro, spingono all'indietro il sacro e sopra tutto il coccige che può essere lussato, ed in avanti il retto, l'ano e gli organi genitali. In alto, essi risalgono nell'addome e possono raggiungere l'ombelico (Martin), a meno che il muscolo elevatore non si opponga alla loro ascesa; in basso fanno sporgenza al perineo posteriore. Sui lati non oltrepassano giammai, qualunque sia il loro volume, il margine inferiore del grande gluteo.

A. Duplay divide questi tumori in cinque classi:

1ª *Igromi sacrali.* — Sono cisti ordinariamente multiloculari aderenti al coccige (Bowlby (1), Torngren) (2), comunicanti eccezionalmente col canale rachideo e contenenti una sierosità giallastra, albuminosa od un liquido gelatinoso od anche dei grumi sanguigni.

2ª *Appendici caudiformi e tumori caudali.* — Si possono distinguere queste formazioni caudiformi in vere e false; le prime sono rarissime, ossee e dovute ad un aumento di numero o di volume delle vertebre coccigee; Molk ne cita due casi: le seconde sono molli, soventi grasse, senza substrato osseo e possono raggiungere delle dimensioni abbastanza considerevoli. Esse costituiscono il *lipoma pendulum caudiforme* di Bartels. Ai fatti riferiti nella tesi di Molk e di Lachaud, si aggiunge un caso affatto recente pubblicato da Schaeffer (3), che dimostra le analogie di queste appendici caudiformi con i lipomi congeniti sacro-coccigei.

3ª *Lipomi.* — Rarissimi, essi possono acquistare un volume considerevole e sono attaccati per mezzo di un peduncolo al coccige od al sacro. Si tratta sovente, secondo Lannelongue, di cisti che hanno subita la trasformazione adiposa.

4ª Nel quarto gruppo Duplay colloca i *sarcomi*, i *cisto-sarcomi*, i *fibromi* ed i *cisto-fibromi*. Le tre osservazioni di fibromi congeniti, riferite da Molk, sono troppo incomplete per avere un valore positivo.

---

(1) Bowlby, *London pathol. Society*, 18 marzo 1890.
(2) Torngren, *Piniska läkar Handlingar*, t. XXXII, pag. 6, 1890.
(3) Schaeffer, *Münch. med. Woch.*, 1891, n. 31.

Quanto ai sarcomi, essi costituiscono un gruppo importante ma ancora poco studiato. Risiedono sopra tutto alla faccia anteriore del sacro e del coccige, che sono respinti all'indietro; sono costituiti da masse, le une dure e resistenti, le altre molli e fluttuanti, contenute in una capsula d'involucro connettivo che le fissa ordinariamente al coccige. I cisto-sarcomi sono analoghi a quelli dell'ovaio, ricchi di vasi provenienti da rami della sacrale media, dell'ischiatica e della glutea. A lato di questi sarcomi, si possono collocare i *linfangiomi congeniti* sviluppati ordinariamente tra il sacro ed il retto (Braune) e gli *angio-sarcomi* od *endoteliomi* congeniti, su cui Fausto Buzzi ha attirata l'attenzione. In un caso osservato da Buzzi, si trattava d'un angio-sarcoma, nato per prolificazione dell'endotelio dei vasi della regione, senza alcuna traccia di parti fetali. Le vertebre sacrali e coccigee erano atrofizzate ed in parte confuse col tumore. Fausto Buzzi pensa che il tumore avesse avuto origine a spese dei vasi sanguigni, appartenenti al « tessuto osteogeno destinato a formare le vertebre sacrali e coccigee che mancavano nel caso speciale ».

5º *Tumori detti complessi.* — Questi tumori sono formati da una miscela di parti liquide e solide, nelle quali si ritrovano tutti gli elementi delle varietà anteriormente descritte: tessuti adiposo, fibroso, cartilagineo, sostanza steatomatosa e calcare, frammenti ossei, fibre muscolari, masse sarcomatose, ecc. Alcuni di questi tumori si distinguono per la presenza di vescicole analoghe a quelle che si incontrano nella ghiandola coccigea di Luschka.

Patogenesi. — La patogenesi è la questione più controversa, la più oscura nella storia dei tumori congeniti della regione sacro-coccigea. Ciò non deve stupire poichè la struttura di questi tumori varia all'infinito, e la tessitura d'uno stesso tumore differisce secondo i punti che si esaminano. L'interpretazione è tanto più difficile inquantochè si conosce male lo sviluppo della parte inferiore della colonna vertebrale.

Gli antichi li consideravano tutti come idrorachie con spina-bifida, o come ernie del midollo e delle meningi attraverso il iato normale del canal sacrale. Ma questa teoria non è ammessibile per i tumori che aderiscono soltanto al coccige; per altro il sacro è raramente diviso, e la maggior parte dei tumori nascono sulla faccia anteriore del coccige. Kuhn ha cercato di dimostrare l'esistenza d'una spina-bifida anteriore, ipotesi che nessun fatto conferma.

Per ispiegare la sede intra-pelvica di questi tumori, altri autori, ed in particolare Perrin e Braune, hanno pensato ad una degenerazione della ghiandola di Luschka. È possibile, come in un caso bene osservato da Schilling (1), che questa sia qualchevolta il punto di partenza del neoplasma, ma quest'organo è mal conosciuto, ed in un caso recente (2), osservato in un feto di otto mesi, il tumore era formato da cisti multiple, ed accanto ad esso Schmidt ha trovato la ghiandola coccigea assolutamente intatta.

(1) Schilling, *Deutsche med. Zeitung*, 1891, n. 25.
(2) Schmidt, *Archiv für path. Anat. und Phys.*, t. CXII, f. 3.

Förster (1), Virchow, Ahlfeld (2), riferiscono tutti i tumori sacro-coccigei, comprese le cisti dermoidi complicate o teratomi ed i neoplasmi di struttura complessa, ad un'inclusione fetale. Arnold (3), Bergmann, separano al contrario i tumori parassitarii dai veri neoplasmi e considerano la presenza di organi fetali veri come il criterio caratteristico della prima varietà. Però Middeldorpf, la cui opinione è sostenuta da Bland Sutton (4), si eleva contro l'esclusivismo di queste teorie. Appoggiandosi sopra un fatto ricordato qui sopra, nel quale un tumore racchiudeva un'ansa intestinale, egli spiega la presenza di questa facendola derivare dal segmento post-anale dell'intestino fetale. Egli ammette un'evoluzione difettosa del canale nevro-enterico di Kowlowsky, il quale nei vertebrati inferiori riunisce primitivamente l'intestino e l'ependima. Middeldorpf dunque crede alla persistenza anormale d'un organo ordinariamente transitorio; egli non accetta nè l'ipotesi d'una doppia formazione embrionale del retto, nè quella dell'invaginazione d'un feto parassitario.

Tourneux ed Hermann hanno dimostrato che il tubo midollare primitivo si prolunga nell'eminenza coccigea e che il suo segmento terminale, leggermente rigonfiato, contrae per mezzo della sua faccia posteriore delle aderenze colla pelle. Questa parte coccigea del nevro-asse presenta ben presto, grazie al rapido sviluppo della colonna vertebrale, un segmento coccigeo diretto ed un segmento coccigeo ripiegato. Il primo si atrofizza presto; il secondo continua a svilupparsi ed i suoi resti sono ancora visibili all'epoca della nascita. Questo segmento, solo avanzo del midollo caudale coccigeo, costituisce il *vestigio midollare coccigeo*, al quale Tourneux ed Hermann attribuiscono un ufficio importante nella produzione dei tumori sacro-coccigei congeniti.

Non insisterò di più su queste teorie embriogeniche non ancor bene stabilite; ma si vede quanto grande è l'oscurità che regna ancora sulla questione della origine e della natura dei tumori congeniti della regione sacro-coccigea.

Lachaud li divide in quattro grandi classi: 1° l'inclusione fetale, non risultante dall'inclusione di un feto in un altro (5), ma prodotta dallo sviluppo anormale d'un foglietto o d'una parte d'un foglietto del blastoderma; 2° le spine bifide sacrali, dovute ad un arresto di sviluppo delle lamine dorsali delle vertebre; 3° i tumori caudali, veri o falsi, gli uni sviluppati a spese delle vertebre coccigee, gli altri rappresentanti dei semplici lipomi; 4° i neoplasmi, che « possono suddividersi, secondo i tessuti che li compongono, in cisto-sarcomi, fibro-sarcomi, sarcomi, cisti semplici, lipomi ed infine cisti dermoidi ».

Si vede che una sola teoria non sembra possa bastare per ispiegare dei fatti così disparati. Tuttavia Lannelongue ha fatto fare un progresso importante a

(1) Förster, *Die Missbildungen des Menschen*. Jena 1861.
(2) Ahlfeld, *Arch. f. Gynäkol.*, t. VII e VIII.
(3) Arnold, *Arch. f. pathol. Anat.*, t. L.
(4) Sutton, *Semaine médicale*, 1886, pag. 89.
(5) Però Jastreboff (*Arch. f. pathol. Anat.*, t. CIX, f. 3, pag. 497), avendo incontrato in tre casi dei muscoli lisci e striati, vasi, nervi, frammenti cartilaginei, ghiandole, cisti, cellule di pigmento, depositi calcarei, ecc., riferisce questi tumori alla varietà teratologica chiamata feto *in fœtu*, appoggiandosi su questo fatto che una volta il tumore era alimentato da un ramo dell'arteria ombelicale.

questo problema patogenetico, dimostrando che tutti questi tumori « sono verosimilmente della stessa natura e che dipendono da un disturbo di sviluppo. Tra la cisti dermoide semplice sacro-coccigea ed i teratomi più complessi, esistono tutti i tipi intermedii ». Due elementi, infatti, costituiscono tutti questi tumori: un elemento liquido o cistico ed un elemento solido, diversamente associati per dar luogo alle produzioni morbose più complesse. La parte dell'elemento cistico può essere preponderante (cisti dermoidi, sierose, ecc.); ma il più sovente il tumore è più complesso ed alle cisti si aggiungono diversi tessuti: osso, cartilagine, nervi, muscoli, infine e sopra tutto del tessuto connettivo a differenti stati, del tessuto fibroso, sino alle forme giovani di tessuto mucoso ed embrionale. Queste parti solide, e

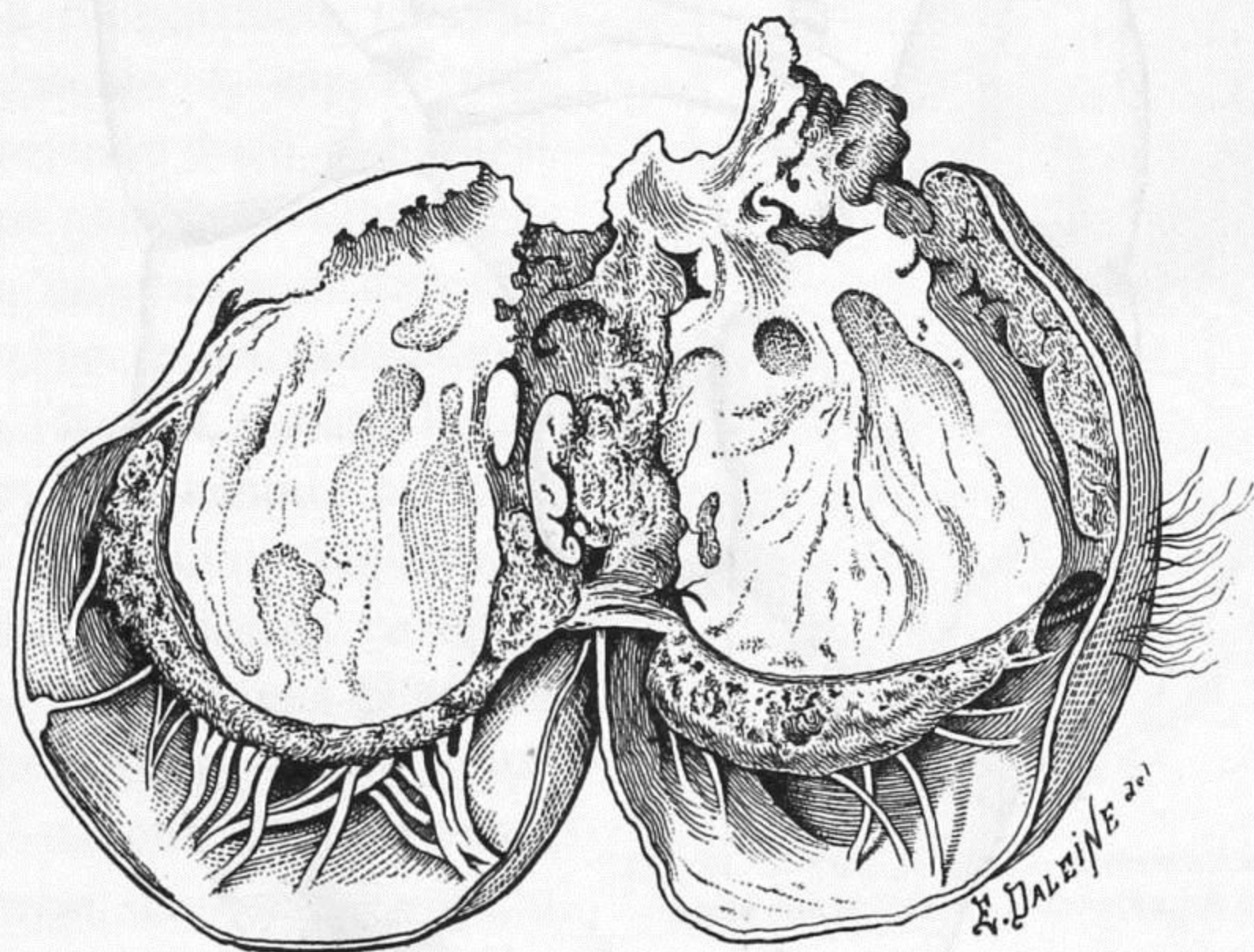



Fig. 49. — Cisti perineale multiloculare incisa. Massa adiposa del volume d'una noce inclusa nelle cisti e collegata alla parete per mezzo di briglie cellulose (Lannelongue ed Achard).

segnatamente il tessuto connettivo, hanno talvolta l'ufficio principale nell'accrescimento di questi tumori; e ciò ha fatto descrivere un certo numero di essi sotto il nome di sarcomi ». Ma essi non si generalizzano e non si osserva giammai propagazione a distanza.

« Senza dubbio, aggiunge Lannelongue (1), i tumori cistici sono i più frequenti; ma tra essi ed i tumori intieramente solidi, non vi ha differenza essenziale dal punto di vista della struttura generale, ed è impossibile stabilire una divisione assoluta, tanto è soggetta a variare la parte che prendono nella loro composizione questi differenti elementi: cisti e parti solide. Insomma, la varietà è il carattere più spiccato di queste produzioni, e, per la mescolanza dei tessuti che presentano, essi meritano bene il nome di *tumori misti*, sotto il quale sono descritti da Cornil e Ranvier. Secondo il predominio di tale o tal'altro elemento, di tale o tal'altro tessuto, si è potuto dare alla produzione il nome di cisti, di tumore cistico, di sarcoma, di cistosarcoma, di lipoma, ecc. Ma in realtà, tutti questi tumori sono molto affini e fanno parte d'una stessa famiglia ».

(1) LANNELONGUE, *Traité des kystes congénitaux*, pag. 450.

I tessuti contenuti nei tumori congeniti della regione sacro-coccigea non restano sempre informi; essi rivestono talvolta l'apparenza di parti fetali più o meno abbozzate. Noi arriviamo così per un passaggio graduale alle vere mostruosità doppie. Dimostrando in seguito che possono esistere delle deformità dell'estremità caudale dell'embrione talvolta isolate, talvolta combinate con veri tumori, Lanne-

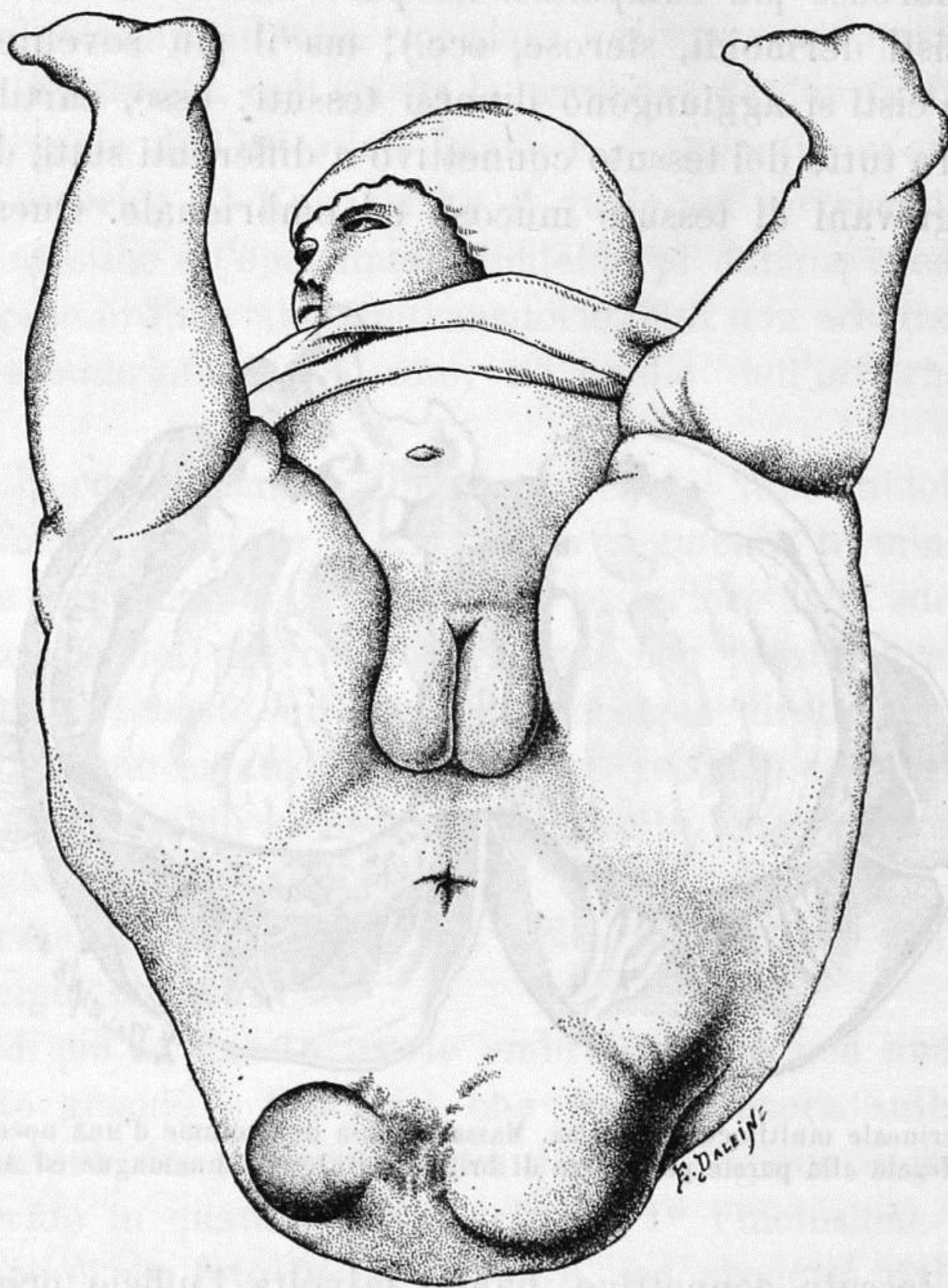



Fig. 50. — Cisti congenita della regione sacro-coccigea, con nevi alla superficie della pelle. (Tesi di Lachaud; Lannelongue e Achard, *Traité des kystes congénitaux*, tavola XII).

longue arriva a questa conclusione: « Vi sono due ordini d'anomalie capaci di combinarsi in ogni proporzione, e si capisce che il prodotto finale che risulta da tali associazioni possa pervenire ad un altissimo grado di complessità ».

Sintomi. — Si comprende che i sintomi dei tumori congeniti dell'estremità inferiore del tronco siano variabili all'infinito. Quando questi sono unicamente intra-pelvici, il che è raro, simulano un neoplasma del piccolo bacino. Ordinariamente essi formano alla regione perineale una sporgenza variabile, più sovente sessile che peduncolata. Il sacro e sopra tutto il coccige sono generalmente respinti allo indietro.

La pelle che riveste questi tumori, in luogo di conservare i suoi caratteri normali, può essere ispessita, guernita di peli, od anche assottigliata, ulcerata; può gemere un liquido sieroso, o lasciare sporgere delle membra talora rudimen-

tali, talora bene sviluppate. Quando sono allungati, in forma d'appendice caudale, questi tumori sono ordinariamente molli. Quando sono più o meno rotondeggianti la loro consistenza è ineguale, ora solida, dura, ora renitente, molleggiante, fluttuante.

Ordinariamente indolenti, essi possono essere compressi senza danno, ma non sono riducibili colla pressione. Tuttavia questa manovra può provocare dei dolori od anche delle convulsioni, senza che ciò permetta di dichiarare che vi abbia comunicazione col canale sacrale.

Quando questi tumori invadono il bacino, producono dei disturbi nella minzione e nella defecazione. Quando il loro accrescimento è sopra tutto esteriore, non portano degli imbarazzi funzionali, a meno che siano voluminosi, ma costituiscono una causa di distocia.

Il loro *decorso* è variabilissimo. I tumori caudali, i lipomi, restano lungo tempo stazionari. I sarcomi, le cisti complicate, le inclusioni acquistano rapidamente delle dimensioni considerevoli, e sono per lo più causa di morte al momento della nascita o poco tempo dopo. I neonati cadono in marasma, sono sovente presi da convulsioni, o soccombono ad una meningite spinale.

Fig. 51. — Cisti perineale presentante numerosi peli sulla pelle che la ricopre (Lannelongue ed Achard, pag. 449).

Altri sono uccisi da complicazioni, infiammazione, suppurazione del tumore. Nondimeno questi neoplasmi, abbandonati a sè stessi, non uccidono fatalmente; si sono visti, sebbene di rado, degli individui raggiungere l'età di 15, 25, 35, 50 anni.

Diagnosi. — L'esistenza d'una massa voluminosa sacro-coccigea dopo la nascita non è difficile da riconoscere; bisogna tuttavia ricordarsi, che sono state constatate in questa regione delle ernie congenite della vescica e dell'intestino (Meurel, Schreger). Ciò che importa, è di stabilire il genere del tumore, la sua sede esatta, le lesioni che l'accompagnano, i suoi rapporti col canale rachideo.

I tumori caudali hanno sede alla punta del coccige, determinano rarissimamente dei fenomeni di compressione, ed hanno una forma cilindrica. I lipomi sono, come altrove, grossolanamente lobulati e mobili sulle parti profonde. Le cisti semplici, o tumori incistati, formano una massa molle, fluttuante, talvolta trasparente, sospesa alla punta del coccige (Chauvel). La sede posteriore, la riducibilità almeno parziale, accompagnata da fenomeni di convulsione, fanno pensare ad una idrorachia sacrale (Duplay). In certi casi la spina-bifida sacrale offre dei caratteri molto netti ed una diagnosi facile.

« Quando in un feto che viene alla luce, si trova un tumore abbastanza voluminoso che ha sede nella regione sacro-coccigea, quando questo tumore è arrotondato,

il suo volume almeno quello d'un uovo di gallina, la pelle poco cambiata nei suoi caratteri, quando è fluttuante nella parte inferiore, anche trasparente, e quando sopra tutto s'incontra nel suo interno una massa solida, dura, aderente alla base, priva di mobilità, si può affermare quasi senza tema d'ingannarsi che si ha a fare con un tumore formato da un feto parassitario incistato. La diagnosi diviene più facile ancora quando, in seguito ad un lavoro d'eliminazione, vengono espulsi dei frammenti di feto » (C. Paul).

La diagnosi non è però sempre così facile e l'inclusione fetale può essere confusa con un cisto-sarcoma, nel quale si trovano anche delle nodosità e dei bernoccoli, separati da parti fluttuanti. Il decorso dell'affezione può allora servire utilmente ad illuminare la diagnosi. Infatti, mentre le inclusioni fetali si ulcerano rapidamente e sono compatibili colla vita, i cisto-sarcomi si ulcerano molto raramente, acquistano presto delle dimensioni enormi, e conducono ben presto a morte.

Un secondo punto importante da determinare, sopra tutto relativamente alle indicazioni operatorie, sono da una parte lo stato del sacro e del coccige, dall'altra le connessioni del tumore col canal vertebrale. Secondo Bergmann, i tumori situati davanti al sacro ed al coccige non comunicano giammai colla cavità rachidea. Si ricorrerà all'esplorazione rettale, alla palpazione addominale, per fissare i limiti superiori del neoplasma, precisarne il punto d'impianto, riconoscere lo stato del coccige e l'allontanamento delle vertebre sacrali. Se colla compressione, il tumore diminuisce di volume, se in questa manovra il fanciullo mostra dolore, contrazioni, paralisi, infine se le fontanelle si gonfiano (Duplay), vi sono grandi probabilità che esista una comunicazione col canale rachideo. Ma non bisogna affrettarsi a concludere per l'esistenza d' un'idrorachia con spina-bifida, perchè un tumore qualunque, che s'interponga tra le lamine vertebrali, può opporsi alla loro riunione (Tillaux).

Prognosi. — La prognosi dei tumori congeniti del podice, molto grave in generale, è però variabile secondo i casi. I neonati sono ordinariamente meschini, nascono sovente prima del termine, o soccombono prima del parto. I nati-morti sono numerosi ($^{29}/_{81}$, Molk). Questi tumori sono infatti sovente accompagnati da idramnio, che determina il parto prematuro (Budin, Coudère) (1). Essi possono essere una causa di distocia (Molk); su 107 casi, hanno messo 18 volte ostacolo al parto.

Quando i bambini nascono vivi, soccombono quasi sempre poco tempo dopo la nascita ($^{61}/_{70}$, Molk). Qualche volta la vita si prolunga sino ai trenta ed ai cinquant'anni.

Ciò nondimeno, bisogna stabilire delle grandi differenze secondo il genere dei tumori. Le spine-bifide sacrali ed i cisto-sarcomi sono quasi certamente mortali; i lipomi ed i tumori caudali sono al contrario di una prognosi favorevole.

Cura. — Poichè la maggior parte dei bambini muoiono quando sono abbandonati a sè stessi, bisogna intervenire per poco che l'operazione sembri offrire

(1) COUDÈRE, *Tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne comme cause de dystocie.* Tesi di Parigi, 1890, n. 207.

qualche probabilità di successo. Le principali indicazioni si desumono dal volume e dalla natura del tumore, dal suo punto d'impianto, dai suoi prolungamenti intrapelvici, dal grado di vitalità del bambino (Tillaux).

La spina-bifida sacrale offre migliori condizioni all'operazione di quella delle altre regioni della colonna vertebrale.

Quando l'operazione vien decisa, deve essere radicale. La puntura e l'incisione, semplici o seguite da iniezioni jodiche o da cauterizzazione della sacca, la legatura elastica, hanno il più delle volte dato dei risultati deplorevoli. L'estirpazione completa è invece stata quasi sempre coronata da successo. Questa conclusione, già formulata da Molk, è stata appoggiata dai fatti più recenti di Gross (1) e di Kleinwächter. Quest'ultimo autore non conta che 1 morto sopra 22 operati. La tecnica operatoria varia all'infinito secondo la natura del tumore e non potrebbe essere qui indicata.

Infine, quando questi tumori ostacolano il parto, bisogna pungerli, se sono liquidi, sezionarli colle cesoie di Dubois, se sono solidi (Coudère).

---

(1) Gross, *Revue médicale de l'Est*, 1886, pag. 15, e le statistiche riferite da Duplay, *Traité de Pathologie externe*, t. VI, pag. 366.